FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Fernand SUAREZ de MENDOZA

Né à Angers, le 7 mai 1888.

Ex-moniteur d'accouchement de la Faculté de médecine,

Licencié en droit.

LA SYPHILIS INTESTINALE

Président : M. GAUCHER, *Professeur*

PARIS

LE FRANÇOIS, LIBRAIRE

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1914

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie biologique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD, WIDAL
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER, DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE, DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU, N., HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU, BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

Le Docteur SUAREZ de MENDOZA, de Paris

Membre de la Royale Académie de médecine de Madrid,
de la Société de médecine Paris,
Licencié en droit.

A MA CHÈRE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR GERMAINE

A MA SŒUR MARIE-THÉRÈSE

A MON ONCLE

Le Docteur SUAREZ de MENDOZA, de Madrid

Ancien professeur des maladies des voies urinaires,
à la Faculté de médecine de Madrid.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES, A MES AMIS

A Monsieur Simon DUPLAY

Professeur honoraire de la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,

ET

A la Mémoire de Madame Simon DUPLAY

A Monsieur Louis LIARD

Vice-Recteur de l'Université de Paris,
Membre de l'Institut,

ET

A Monsieur Paul-Émile APPELL

Doyen de la Faculté des Sciences,
Membre de l'Institut.

Hommage de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BOUCHARD

Membre de l'Académie de Médecine,
et de l'Institut,

ET

A Madame BOUCHARD

En témoignage de ma très respectueuse affection, et de mon sincère dévouement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Médecine :

MM. Renon, médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Necker.

Hirtz, médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Necker.

Béclère, médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-Antoine.

Hudelo, médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Broca.

Griffon, médecin des hôpitaux (*in memoriam*).

Chirurgie :

MM. Gosset, chirurgien des hôpitaux, chef de service à la Salpêtrière.

Tuffier, chirurgien des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Beaujon.

Beurnier, chirurgien des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-Louis.

Rochard, chirurgien des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-Louis.

Marion, chirurgien des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Lariboisière.

Desmarest, chirurgien des hôpitaux.

Albarran, professeur à la faculté (*in memoriam*).

Legueu, professeur des maladies des voies urinaires.

Obstétrique :

MM. Brindeau, accoucheur des hôpitaux.

Jeannin, accoucheur des hôpitaux.

Lequeux, professeur agrégé.

A M. Retterer, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

A MM. Garrelon, Ameuille, Lelièvre, Lamouroux Marsan, Lemeland, Metzger, Levant, Ecalle, Didier, Georghiu, Radier.

A mon Maitre vénéré Monsieur le Professeur BAR

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine,
Accoucheur des Hôpitaux,
Médecin en chef de la Clinique Tarnier,

C'est avec un profond regret et un réel plaisir, mon cher Maître, que je vous dédie ce mémoire. Pendant les belles années que je viens de passer à la Clinique Tarnier je m'étais petit à petit fait une joie à l'idée de travailler un jour pour ma thèse, un sujet que vous m'auriez donné et que j'aurais préparé longuement sous votre haute et paternelle direction.

Les événements que nous vivons et qui bouleversent tout, m'obligent, vous le savez, à renoncer à ce beau projet.

Mais, je tiens, mon cher Maître, en terminant mes études, à vous dire toute la gratitude, toute la reconnaissance profonde que je vous dois pour le beau geste avec lequel vous m'avez ouvert les portes de votre enseignement, pour toutes les facilités de travail que vous m'avez données à Tarnier, pour l'honneur que vous m'avez fait en m'accordant la place si enviée de moniteur à la Clinique.

Tout ce que j'ai appris dans l'Art des accouchements c'est à vous, à votre merveilleux enseignement, à vos si bienveillants conseils que je le dois, mon cher Maître. Soyez assuré que je ne l'oublierai jamais.

A Monsieur le Docteur GAUCHER

Professeur de dermatologie et syphiligraphie,
Membre de l'Académie de médecine.

Qu'il me soit permis au début de cette thèse de remercier tout particulièrement M. le Professeur Gaucher de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant d'en être le président.

Il a encore une fois fait preuve de sa bonté, de sa bienveillance coutumières et de son esprit de justice en me facilitant ma tâche et en m'indiquant les idées qui lui sont originales à ce sujet.

Je le prie d'agréer ici, avec l'expression de ma très vive reconnaissance, celle de ma très haute admiration et de mon entier dévouement.

LA

SYPHILIS INTESTINALE

AVANT-PROPOS

Quoique depuis deux ans je me sois exclusivement a donné à l'obstétrique, les maladies vénériennes ont depuis le commencement de ma médecine toujours été pour moi d'un grand intérêt.

J'ai suivi pendant un an le service de M. Hudelo à Broca, pendant six mois la consultation du soir de mon regretté maître et ami M. Griffon, pendant deux ans le dispensaire de mon père.

J'ai vu quelques-unes des manifestations dont nous allons parler, j'ai cherché dans les livres et je n'ai rien, ou presque rien trouvé : un chapitre par ci, une observation par là, une communication de temps en temps, mais rien qui me donne, à moi élève, une idée générale de la question.

C'est pourquoi, lorsque, par suite des événements actuels, j'ai été obligé d'abandonner le sujet d'obstétrique de longue haleine que mon éminent maître, M. le Professeur Bar, avait bien voulu me confier et auquel je

m'étais attaché depuis près de six mois, la syphilis intestinale m'est venue tout naturellement à l'esprit.

Je n'ai pas la prétention d'avoir découvert du nouveau ni celle d'avoir fait un traité détaillé et complet de la question, je n'en ai malheureusement ni le temps ni l'autorité nécessaires. J'ai voulu simplement grouper tout ce que j'ai pu trouver comme preuves à l'appui de l'existence de la syphilis intestinale, toutes les observations, toutes les opinions éparpillées un peu partout et sur lesquelles il m'a été possible de mettre la main. J'ai voulu en faire un faisceau compact et le plus complet possible que je mets à la disposition des chercheurs et de ceux qui auront et le désir et le temps d'approfondir la question.

Cela explique au lecteur la brièveté avec laquelle j'ai traité des chapitres aussi importants que le syphilome ano-rectal et le rétrécissement syphilitique du rectum, chapitres dans lesquel, du reste, tout a déjà été presque dit.

Pour être méthodique nous aurions voulu, dans ce travail, envisager d'abord la syphilis intestinale en général *et après* en diviser l'étude en syphilis de l'intestin grêle et en syphilis du gros intestin.

Dans la première partie nous aurions étudié à part les lésions plus spéciales du duodénum, trait d'union entre l'estomac et l'intestin grêle proprement dit, et ensuite les lésions habituelles de ce dernier, lésions causales le plus souvent des diarrhées des périodes secondaire et tertiaire.

A l'étude de la syphilis du gros intestin dont les

symptômes se confondent presque avec ceux de l'intestin grêle nous aurions attaché un chapitre spécial pour l'appendicite et l'induration péricæcale (dont le diagnostic est parfois embarrassant pour le médecin), entités morbides sur la nature syphilitique desquelles tout le monde n'est pas encore d'accord.

Le temps et les matériaux nous manquant à cause des circonstances actuelles pour faire correctement ce classement avec le dépouillement d'observations qu'il aurait comporté, nous nous sommes résigné à adopter la division déjà indiquée par certains auteurs des « Syphilis du segment supérieur de l'intestin » et « des Syphilis du segment inférieur »

Dans presque tous les chapitres dont se compose notre travail (anatomie pathologique, symptomatologie diagnostic, pronostic, traitement, etc.), nous avons envisagé la façon comme se comportent dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise de l'intestin les accidents primaires, les accidents secondaires, les accidents, tertiaires.

Et c'est parce que nous n'avons pas pu faire rentrer dans notre cadre l'appendicite, tributaire, suivant les auteurs qui se sont occupés de la question, autant de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise, autant du secondarisme que du tertarisme, autant peut-être de la parasyphilis, que nous lui avons consacré un chapitre à part après la symptomatologie.

HISTORIQUE

La syphilis de l'intestin est longtemps restée méconnue. Les observations en sont rares c'est certain, mais si les manifestations intestinales de la syphilis ont si longtemps passé inaperçues, c'est moins à leur rareté réelle qu'il faut attribuer cet oubli qu'à ce fait, que de tout temps et encore un peu maintenant on a tendance à n'y penser qu'en dernière extrémité et en la considérant comme une curiosité clinique.

Du reste, jusqu'à ces dernières années, le silence des livres classiques à ce sujet excusait l'oubli du praticien.

En 1838 Andral, dans son bon sens écrivait : « Nous ne voyons pas pourquoi des ulcérations des muqueuses viscérales ne pourraient pas reconnaître la syphilis pour cause et céder à un traitement antisyphilitique, mais les observations de ce genre la science les attend encore ».

Et pourtant, dès 1752 Sauvages avait attiré l'attention sur cette question.

En 1794 Monteggia, premier chirurgien à Milan, dans

ses annotations pratiques sur les maladies vénériennes s'exprimait ainsi : « Dans le cadavre d'un jeune homme, je trouvais l'ulcération (syphilitique) s'étendant depuis le rectum et le côlon jusqu'au dessous du foie; et l'on voyait d'autres ulcérations sur tout le côlon du côté droit (côlon ascendant) jusqu'au cæcum. Il y avait de l'induration de l'appendice épiploïque et des enveloppes de l'intestin. L'individu étant encore en vie, lorsque j'exerçais des pressions sur son abdomen, je donnais issue par l'anus à du pus provenant de tout son canal intestinal ».

En 1841 Evers publie un travail sur la diarrhée syphilitique. Quelques années après, on trouve dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* une observation de Cazenave où il est question d'un homme de 42 ans, dans un état cachectique très prononcé, en traitement pour une syphilide pustuleuse du testicule, et dont la diarrhée rebelle disparut grâce au traitement par le sublimé à petites doses.

Cullerier en 1854 est le premier auteur qui publie un mémoire complet sur l'entérite syphilitique, jusque-là les auteurs étaient muets quant à l'étude clinique de cette manifestation spécifique.

Depuis, les faits se multiplient, l'attention est attirée, les observations deviennent nombreuses. C'est, en 1855, Bouchut, qui, dans la *Gazette des hôpitaux* publie une observation de syphilis congénitale apparue 8 mois après la naissance avec gastro-entérite suivie de mort.

C'est, en 1858, Muller qui fait en Allemagne la première thèse parue à ce sujet.

C'est enfin en 1863 Wagner qui s'efforce de donner une définition histologique du syphilome et de trouver dans l'intestin les gommes tertiaires de la syphilis acquises.

Le 26 janvier 1864, le professeur Lancereaux fait une communication à l'Académie de médecine « sur les différentes lésions viscérales auxquelles peut donner lieu la syphilis. Etude sur les lésions susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle ». Il présente 24 observations dont beaucoup lui sont personnelles. On y trouve des accidents syphilitiques du foie, du rein, de la rate, du testicule, de l'ovaire, du cerveau, du cœur, du poumon, mais, chose curieuse, il n'est pas un instant question de la syphilis de l'intestin.

Cependant, en 1873, dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, il cite Chalmet qui semble admettre la nature spécifique de certaines érosions intestinales, puis il ajoute sans préciser que certaines ulcérations intestinales par leur forme, leur bourrelet, leur profondeur, rappellent les ulcérations syphilitiques du pharynx.

Deux nouvelles thèses paraissent successivement à quelques années d'intervalle, l'une est de Kœnigsberg en 1867, l'autre fut soutenue en 1871 à Saint-Pétersbourg par Ivanovski.

Dans la même année Oser publie trois cas d'entérite syphilitique et deux ans après en, 1873, Schwimmer relate un cas d'entérite syphilitique guéri.

On ne trouve plus rien jusqu'en 1878 où Parrot dans une de ses admirables leçons cliniques, la 7e, étudia

attentivement les lésions du cœur, de l'estomac et de l'intestin dans la syphilis héréditaire.

Et ce n'est que deux ans après que la question est reprise par Mracek en 1883, qui fait un travail sur l'entérite dans la syphilis héréditaire.

Blackmore, en 1885, présente à Londres un cas d'ulcération syphilitique de l'intestin, observation publiée par la *Lancet*.

Nous arrivons enfin au premier travail important sur la question. En 1889, MM. Hayem et Tissier font paraître leur ouvrage sur la syphilis de l'intestin. Après s'être donné la peine de faire un historique sérieux de la question, ces auteurs publient un cas qu'ils eurent l'occasion d'observer, de syphilides papulo-squameuses accompagnées d'un état typhoïde avec diarrhée abondante.

Cette observation caractéristique est assez curieuse et assez instructive pour que nous la résumions dans cet historique.

Femme de 32 ans, toujours douée d'une bonne santé et sans antécédents héréditaires, entre à l'hôpital dans un état de stupeur qui ne lui permet pas de donner des renseignements. A son entrée, elle présente l'aspect d'une typhique en adynamie; langue sale, sèche, ventre ballonné, légèrement douloureux, surtout à droite, gargouillement, diarrhée abondante et selles excessivement fréquentes.

A l'examen on trouve une éruption typique de syphilides papulo-squameuses sur le thorax et principalement sur le ventre; salicylate de bismuth, frictions mercurielles, injections de peptonate de mercure. Mort.

Depuis cette observation les auteurs s'efforcent d'étudier les lésions anatomo-pathologiques de la syphilis intestinale.

Rieder de Leipzig, en 1890, publie à ce point de vue un travail sur les affections spécifiques de l'intestin dans la syphilis acquise et Sorrentino de Naples, en 1890, en étudie l'histologie.

Notons pour mémoire à la même époque les travaux de Michele et Sorrentino en 1892, de Manziale en 1893, de Jacobs en 1896.

Mais c'est en 1897, dans la *Presse médicale*, que paraît le premier travail donnant une idée nette et précise de l'anatomie pathologique de la question. Nous le devons à Gaillard, médecin de Saint-Antoine, qui, dans son savant mémoire sur les « entéropathies syphilitiques », fait l'histoire complète de la question et nous fait voir la syphilis se traduisant dans l'intestin par des lésions diverses : gommes miliaires, infiltrats discoïdes, ulcérations produisant enfin de véritables syphilides intestinales.

Frænkel de Berlin, en 1899, étudie la question sans y apporter rien de nouveau.

Dans la même année, M. le professeur Fournier, dans le premier volume de son *Traité de la syphilis* (période primaire et secondaire), accorde un chapitre au système digestif et annexes, chapitre dans lequel il cite l'observation de MM. Hayem et Tissier, mais ne semble pas en admettre définitivement les conclusions.

Depuis, les travaux se font plus nombreux ; parmi les plus intéressants on peut citer en 1900 ceux de Forsman,

Oberndorfer sur les accidents héréditaires, de Tatusescu de Bucarest.

C'est dans la même année que paraît sans contredit la plus intéressante observation de l'époque. MM. le professeur Fournier et Lereboullet font à l'Académie de médecine une communication d'un très grand intérêt. Nous la résumerons au cours de ce mémoire.

Pour être complet nous devons signaler en 1901 les travaux de Esser, de Verebely et de Berruti.

La même année paraît le premier fascicule du deuxième volume (accidents tertiaires) du *Traité de la syphilis* de M. le professeur Fournier.

Dans le tableau très suggestif qu'il publie sur les manifestations de la syphilis tertiaire, M. Fournier n'a trouvé sur 4.000 observations que 8 cas qu'il groupe sous le titre un peu vague de « Tube digestif (œsophage et rectum) ».

En 1902 paraît le travail de Weiss, de Iéna. En 1903, celui de Fibiger de Berlin.

Au même moment Alezais fait un travail sur les lésions du côlon dans la syphilis congénitale chez le nouveau-né.

L'année suivante, en avril 1904, Suarez de Mendoza de Paris fait à l'Académie de médecine une communication où il donne plusieurs observations de diarrhée chronique guérie par de fortes doses de mercure en injections hypodermiques.

Quelques mois après, Mahot et Barthélemy publient un cas de rétrécissement de l'intestin chez un hérédo-syphilitique.

Au même moment, M. le Professeur Gaucher, dans sa si curieuse et si discutée communication à la Société de dermatologie, attire l'attention sur l'origine syphilitique possible de l'appendicite.

Le mois suivant, Cerf apporte quelques observations à l'appui de cette théorie.

A partir de ce moment les travaux se font plus fréquents sans qu'aucun d'eux apporte une solution définitive du problème.

C'est, toujours en 1904, Elder qui publie un cas de rétrécissement causé par une ulcération syphilitique de l'iléon; Swan qui fait paraître un travail sur la syphilis viscérale, et enfin Puechavy de Toulouse qui fait sa thèse sur la pathogénie du syphilome ano-rectal.

En 1905, Coulon cite quelques cas d'hémorragies intestinales mortelles chez les nourrissons; Wilson, presque en même temps, publie un travail sur le même sujet.

C'est en 1906 que paraît le tome II de la période tertiaire du *Traité de la syphilis* de M. le Professeur Fournier.

Dans un chapitre intitulé « syphilis de l'intestin », M. Fournier y admet définitivement l'authenticité de ces manifestations et les étudie attentivement en s'appuyant sur presque toutes les observations parues.

Citons encore au cours de la même année Illoway, W. E. Howe qui apportent quelques données nouvelles sur la syphilis du rectum.

En 1907, M. le Professeur Gaucher reprend la question de l'appendicite dans un article publié par les

Annales des maladies vénériennes et précise sa façon de comprendre la question.

Presque en même temps Bord, à la Société de biologie, étudie les réactions appendiculaires au cours de la syphilis secondaire, et Fouquet publie un mémoire sur une observation de tréponème pâle dans l'appendice d'un hérédo-syphilitique.

Quelques mois après, Schwartz s'occupe du rétrécissement, dit syphilitique, du rectum.

Robinson, en 1908, cite un cas de résection pour une occlusion d'origine spécifique.

En 1909 paraît le 2e volume du *Précis de syphiligraphie* de M. le Professeur Gaucher, volume intitulé « la syphilis des viscères ». Une large place y est donnée à la syphilis de l'intestin, chapitre dans lequel M. Gaucher s'appuie sur les trois observations les plus typiques : celles de MM. Fournier, Lereboullet, Suarez de Mendoza.

Dans la même année Kohn, en Amérique, publie un article sur la question.

Au cours des trois dernières années, on trouve peu de chose. En 1911, von der Rogert présente une observation de sténose congénitale de l'iléon et Levison étudie quelques manifestations aiguës de la syphilis intestinale. Enfin en 1912, Bonara publie un cas similaire.

AUTHENTICITÉ ET FRÉQUENCE

C'est un fait d'observation, que bien des entités morbides ou des méthodes thérapeutiques classées hautement aujourd'hui dans les traités classiques ont subi avant d'y arriver les aléas de la cote médicale, comme il arrive à la Bourse que des valeurs discutées à leur naissance finissent avec le temps par devenir des valeurs de tout repos.

L'anesthésie des femmes en couches vantée par les uns, discutée par les autres, mise à l'index par l'éminent Paul Dubois, prit enfin droit de cité en tocologie tant en France qu'à l'étranger.

Les végétations adénoïdes, très discutées d'abord, ont envahi à tel point la pathologie infantile que certains médecins de haute valeur n'ont pas craint de dire qu'elles en étaient le pivot.

La syphilis gastrique entrevue par Andral, acceptée même par ce grand clinicien à la suite de déductions théoriques comme une vérité qui allait éclore, bien que la science attendît les observations probantes, est deve-

nue aujourd'hui une entité morbide indiscutable, car les observations que « la science attendait » sont venues en masse, dès que l'attention des médecins fut assez éveillée, donner aux justes prévisions d'Andral la sanction nécessaire.

En ébauchant l'étude de l'authenticité et de la fréquence de la syphilis intestinale, il nous a semblé que ce serait faire œuvre utile, pour ceux qui nous feraient plus tard l'honneur de nous lire, que d'apporter ici textuellement les pièces qui rendent l'authenticité de la syphilis intestinale indéniable et qui font pressentir, au point de vue de la fréquence, que dans un avenir prochain la pénurie des cas qu'on constate aujourd'hui fera place à de nombreuses observations que les sens aiguisés de nos futurs confrères sauront trouver, pour ne pas dire dépister.

Voilà les pièces du procès.

En 1854, le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, dans l'intéressant article qu'il publia dans *l'Union médicale*, où il apportait 4 observations très suggestives disait ainsi :

« J'ai vainement cherché dans les auteurs les plus modernes des documents sur l'entérite syphilitique. Le plus grand nombre des syphilographes dit bien que la vérole constitutionnelle peut atteindre tous les tissus et envahir tous les organes : mais tandis qu'ils citent des lésions spécifiques du cerveau, des poumons, du foie, etc., ils sont muets ou à peu près sur les lésions de l'intestin, et même l'ouvrage tout récent du docteur Yvaren, *Sur les métamorphoses de la syphilis*, qui con-

tient, au milieu de beaucoup d'erreurs de diagnostic, un si grand nombre de faits inattendus et exceptionnels de manifestations vénériennes, n'en fait connaître aucun cas dans l'article consacré aux altérations du tube digestif.

« Ce vague dans lequel se tiennent les auteurs s'explique par la difficulté qu'il y a à constater la nature d'une affection intestinale que, tout d'abord, on est tenté d'attribuer au traitement plutôt qu'à la maladie contre laquelle celui-ci est dirigé.

« Les préparations mercurielles ont eu, à cet égard, à supporter bien des accusations qui, très fondées dans un grand nombre de cas, cessaient pourtant d'être justes dans beaucoup d'autres. En effet, si on a jamais dénié d'une manière absolue au principe syphilitique la possibilité de déterminer l'entérite, bien plus souvent celle-ci a-t-elle été considérée comme produite par le mercure.

« C'était un des reproches les plus graves que l'école physiologique faisait au traitement mercuriel, alors même cependant qu'elle reconnaît ainsi que la syphilis peut agir sur l'intestin.

. . . . . .

« L'entérite est très fréquente également chez les enfants syphilitiques, et je n'hésite pas à dire que le plus grand nombre de ces petits êtres qui ne font pas de traitement sont enlevés par l'entérite, et que c'est elle aussi qui fait périr beaucoup de ceux auxquels on administre *par la bouche* les préparations mercurielles (1).

(1) Probablement parce que peu ou point absorbé par la voie digestive le mercure n'agissait pas suffisamment.

. . . . . .

« Je ne serais donc pas étonné que les diarrhées chroniques qu'on observe quelquefois dans la cachexie tertiaire et contre lesquelles viennent échouer les moyens astringents ordinaires, fussent déterminées et entretenues par ces productions plastiques sous-muqueuses qui se ramollissent, suppurent et finissent par s'ulcérer comme celles de la peau.

« Voici un fait qui me paraît propre à éclairer ce point douteux de diagnostic (Voir observations 1, 2, 3, 4) ».

En *1897* Gaillard, l'éminent médecin de Saint-Antoine, dans son excellent mémoire sur les entéropathies syphilitiques, s'exprimait ainsi :

« Bien que Sauvages paraisse avoir connu la diarrhée syphilitique, et que Chalmet ait entrevu l'origine spécifique de certaines ulcérations de l'intestin, on peut dire que, jusqu'à l'observation d'E. Muller en 1853, et jusqu'au travail de Cullerier, la littérature médicale est muette sur ce sujet. C'est en 1854, que le chirurgien de Lourcine publie dans *l'Union médicale* son article souvent cité sur l' « entérite syphilitique ».

« Dès lors, les faits se multiplient. Wagner ayant fourni en 1863 une définition histologique du syphilome, les micrographes s'efforcent de découvrir dans l'intestin des nodules déjà observés dans les viscères des nouveau-nés syphilitiques, et les gommes tertiaires de la syphilis acquise.

« D'où viennent les difficultés de l'étude anatomique?

« Chez le nouveau-né et chez le mort-né syphilitique,

l'enquête est relativement simple. On reconnaît cependant que le syphilome n'a pas la propriété exclusive des éléments que lui assignait Wagner. On y rencontre, d'autre part, ces cellules géantes qui, pendant une période assez longue, avaient paru caractériser le tuberculome.

« Chez les syphilitiques tertiaires, le problème est singulièrement compliqué. Les malades ne sont pas emportés souvent par des maladies intercurrentes au moment précis où se développent les gommes de l'intestin. La syphilis vieillissante appelle la sclérose; elle appelle aussi la tuberculose et la dégénérescence amyloïde. De telle sorte que l'intestin devient un champ de bataille, où les partis ont de la peine à reconnaître leurs morts.

« Que faudrait-il pour donner aux observations le cachet d'authenticité qui leur manque trop souvent? L'histologie paraît avoir dit son dernier mot : elle nous dénie la cellule syphilitique, de même qu'elle nous refuse la cellule cancéreuse et la cellule tuberculeuse. C'est à la bactériologie que nous nous adressons en réclamant, après la tentative infructueuse de Lustgarten un bacille qui soit admis à faire la preuve. »

En 1901 le professeur Fournier dans son *Traité de la syphilis* (vol. II, fasc. I), publie un suggestif tableau dressé d'après un total de 5.762 déterminations morbides observées sur 4.400 syphilitiques (4.000 hommes et 400 femmes) dans le but de démontrer : 1° quelles affections accompagnent le tertiarisme, et 2° quel est

approximativement le degré de fréquence relatif à ces diverses affections tertiaires.

Ce tableau accuse 1.418 cas de syphilides cutanées, 758 de syphilis cérébrale, 628 de syphilis médullaire, 519 de lésions du système osseux, 271 de lésions tertiaires des organes génitaux, 262 de la langue, 215 du voile du palais, etc., et sans faire mention spéciale de la syphilis intestinale qui restait, encore à cette époque, quantité discutable, sinon négligeable, malgré l'appel de Gaillard, le tableau accuse seulement 8 cas de « *syphilis du tube digestif* (*œsophage au rectum*) ».

En 1899, le professeur Fournier, dans le premier volume du *Traité de la syphilis*, après avoir parlé des troubles dyspeptiques et gastralgiques de la syphilis ainsi que de l'entéralgie secondaire, ajoute :

« Plus rarement ces douleurs abdominales semblent être symptomatiques d'une véritable entérite. C'est qu'alors en effet il s'y adjoint divers phénomènes qui témoignent d'une excitation phlegmasique de la muqueuse intestinale à savoir : diarrhée plus ou moins abondante et plus ou moins persistante (de quelques jours à deux ou trois semaines), excrétions glaireuses, parfois même légèrement striées de sang, sensibilité inflammatoire de l'abdomen, vomiturition, etc.

« Il faut convenir cependant que, si elle existe, cette entérite syphilitique secondaire est loin encore d'être démontrée, à l'inverse de l'entérite syphilitique tertiaire dont l'existence repose sur des témoignages anatomiques indiscutables. Théoriquement, on ne s'est pas fait faute

de l'admettre. « Il doit exister, a-t-on dit, un énanthème secondaire analogue aux exanthèmes secondaires ; il doit exister un catarrhe des voies digestives et biliaires constituant, comme pendant aux dermopathies, de véritables syphilides intestinales ». D'autres ont émis l'hypothèse d'une diarrhée symptomatique de la réaction du virus sur les organes lymphoïdes de l'intestin. « Il n'est pas douteux pour nous, dit le docteur Jullien, que ce symptôme ne doive être rattaché, dans un grand nombre de cas, à l'influence du virus sur les follicules clos de la muqueuse intestinale, lesquels ne sont en définitive que de petits ganglions lymphatiques. Chez un homme de 51 ans qui succomba dans le cours d'une syphilide maculeuse, Oser (de Cracovie) a constaté le long de l'intestin grêle depuis le jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cæcale, de nombreuses ulcérations répondant aux plaques de Peyer. Au niveau de ces ulcérations, le péritoine était recouvert de nodules gris blanc, manifestement en rapport avec les vaisseaux lymphatiques dilatés. Peut-être aussi faudrait-il voir dans ce trouble des fonctions intestinales un effet de l'adénopathie mésentérique et rétropéritonéale qui doit exister fréquemment au début de l'infection ».

En 1900, M. le docteur Lereboullet dans sa communication à l'Académie de médecine (séance du 3 juillet), apporte une très intéressante observation, nouvelle preuve de l'authenticité de la syphilis intestinale (voir obs. 7).

Dans la même séance et à la suite de la communica-

tion de M. Lereboullet, M. le professeur Fournier, appuyant celle-ci, dit n'avoir observé dans sa longue pratique que 12 cas et communique à l'Académie 8 observations, admettant ainsi l'authenticité de la syphilis intestinale.

En 1904, le docteur Suarez de Mendoza, dans une communication faite à l'Académie de médecine, communication envoyée à l'examen d'une commission composée des professeurs Bouchard et Fournier, apporte une très intéressante observation et plaide énergiquement la cause de la syphilis intestinale.

Dans cette communication il s'exprime ainsi :

« De toutes les manifestations viscérales de la syphilis, ce sont les manifestations gastro-intestinales qui sont le moins connues. L'étude de la syphilis intestinale est, en effet, à peine ébauchée; cela tient sans doute à la rareté des faits et surtout à l'absence de symptômes précis, caractéristiques ».

Toutefois, ces manifestations intestinales de la syphilis sont moins exceptionnelles qu'elles ne paraissent, et maintes fois, l'on passe à côté d'elles sans les reconnaître, parce qu'on n'y songe pas ou plutôt parce qu'on croit leur existence problématique, et cela grâce au silence de la plupart des traités classiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint de diarrhée syphilitique, dont la nature avait échappé d'abord à plusieurs médecins sous les tropiques, qui, venu en Europe, fut traité pendant de longs mois en Espagne et en France, par un grand nombre de méde-

cins éminents, comme un cas de diarrhée rebelle des pays chauds, et qui finalement guérit par l'emploi de hautes doses d'hermo phényl en injections hypodermiques.

Dans le but d'être utile à notre malade et à la poursuite de l'indication thérapeutique qui ne nous semblait pas très saisissable, nous nous étions livré à des recherches sur les causes des diarrhées chroniques. Ces recherches nous avaient permis de trouver un certain nombre de faits de syphilis intestinale, si épars dans la littérature médicale, qu'ils ont passé inaperçus et ne sont pas du tout mentionnés dans les ouvrages classiques.

Cette absence de documentation dans les ouvrages destinés à tirer le médecin praticien d'embarras dans les cas difficiles nous fit publier notre observation ; mais en essayant de mettre au point, dans la mesure du possible, cette question un peu négligée de la syphilis intestinale.

Le docteur Suarez de Mendoza termine le travail par les conclusions suivantes :

1° La syphilis intestinale est une affection beaucoup moins rare qu'on ne le croit ordinairement;

2° La syphilis intestinale frappe surtout la portion terminale de l'intestin grêle et le gros intestin;

3° La syphilis intestinale se manifeste par des symptômes si peu nombreux et disparates qu'ils rendent le diagnostic très malaisé;

4° Les erreurs de diagnostic tiennent autant au manque de symptômes précis de la syphilis intestinale qu'à l'état cérébral du médecin qui, sciemment ou incons-

ciemment, refuse encore le droit de cité à cette entité morbide et attribue volontiers au traitement employé les accidents gastro-intestinaux dus à l'injection spécifique;

5° Chaque fois qu'on se trouve en présence d'une diarrhée chronique rebelle à tous les moyens thérapeutiques ordinaires, il sera sage de penser à la syphilis acquise ou héréditaire pour instituer, une fois celle-ci constatée, le traitement de choix;

6° Pour ne pas être obsédé, le cas échéant, par l'idée d'homicide par omission, il faudra, même, lorsque le malade nie tout antécédent syphilique, et que l'affection a résisté au traitement antidiarrhéique bien conduit, le soumettre au traitement intensif d'essai, soit par des frictions mercurielles, soit mieux encore, par des injections hypodermiques, qui permettent de mieux doser la quantité de mercure absorbé.

En 1906, dans le 2e fascicule du 2e volume du *Traité de la syphilis* du professeur Fournier, l'éminent maître appuie enfin franchement de sa grande expérience et de sa haute valeur l'authenticité de la syphilis dans les termes suivants :

« Certes les entéropathies tertiaires constituent un ordre de manifestations des plus rares dans la syphilis; à ce point que je crois bien n'en avoir guère observé plus d'une douzaine de cas dans ma carrière.

« Et cependant, peut-être bien seraient-elles moins exceptionnelles si, de parti pris ou tout au moins d'une façon préconçue, on ne les considérait comme telles. J'imagine que maintes fois on passe à côté d'elles sans

les reconnaître, parce qu'*a priori* on ne les croit guère possibles, et cela grâce au silence de la plupart des pathologies classiques à leur égard. La preuve en est que, dans la grande majorité des observations qui leur sont relatives, elles sont restées longtemps méconnues — et longtemps veut dire en l'espèce six mois, un an, deux ans, trois et voire quatre ans — jusqu'au jour où, de guerre lasse, on a fini par en soupçonner la nature vraie. Et, en effet, le schéma usuel de ces observations n'est autre que celui-ci : malade affecté d'une diarrhée chronique qu'on ne sait à quoi rapporter; — essais multiples et infructueux de médications antidiarrhéiques des plus diverses ou, pour mieux dire, de tout ordre; — alors, mieux inspiré et éclairé d'ailleurs par les insuccès de ses devanciers, un médecin se prend à dire : « Ah! mais est-ce que par hasard, est-ce que par impossible cette diarrhée ne serait pas d'origine syphilitique? »; puis, sur cette donnée, il prescrit une médication iodurée ou mercurielle. Tout aussitôt, coup de théâtre. Réfractaire jusqu'alors à tout remède voici cette diarrhée qui diminue, qui s'apaise et, finalement, qui guérit. Telle est l'histoire, 9 fois sur 10, de ces entéropathies syphilitiques.

« Récuser, voire tenir en doute les affections de cet ordre serait impossible de nos jours; car leur authenticité ressort, non pas seulement de faits cliniques bien observés, mais de données anatomo-pathologiques irrécusablement démonstratives. Maintes fois on a rencontré, à l'autopsie des sujets syphilitiques, des lésions intestinales qui ne pouvaient être rapportées qu'à la

syphilis, à ne parler même ici que de la syphilis acquise des adultes et sans tenir compte de la syphilis infantile héréditaire où de telles localisations sont infiniment plus fréquentes.

« Une riche collection de documents anatomiques afférents à ce sujet a été produite par un de nos distingués collègues des hôpitaux, le docteur Galliard, dans un très intéressant mémoire publié par la *Presse médicale* de janvier 1897. On y voit la syphilis se traduisant dans l'intestin par des lésions diverses à savoir : soit par des gommes miliaires, — soit par des infiltrats discoïdes, denses et épais, variables de nombre et d'étendue, originairement secs, mais s'ulcérant plus tard, analogues, en un mot, de tous points aux infiltrats cutanés qui constituent les syphilides cutanées, et cela au point de pouvoir être considérés comme des *syphilides intestinales*, — soit par des ulcérations, soit par des cicatrices, soit, enfin, plus rarement, par des sténoses, des perforations intestinales, etc. Et, pour être restée quelquefois discutable, la spécifité de telles lésions a été, en nombre de cas, reconnue comme formelle par des anatomo-pathologistes et des histologistes des plus autorisés, tels que MM. Cornil ou Hayem.

« Aussi bien dirai-je avec MM. Hayem et P. Tissier, « le jour où il sera possible de caractériser une lésion syphilitique par la présence d'un micro-organisme particulier et pathogène, la part de la vérole dans la pathologie de l'intestin deviendra-t-elle bien sûrement plus large et mieux en rapport avec ce que nous connaissons actuellement de ses aptitudes morbides dans d'autres

organes où naguère encore elle était niée et méconnue ».

A ces divers documents nous devons ajouter, pour être complet, deux opinions qui plaident pour la fréquence : Birsch-Hirschfeld dans son *Traité d'anatomie pathologique* prétend avoir observé cinq fois de la syphilis intestinale sur quarante cas, et dans la communication faite à la Société des médecins de Vienne en 1883 par Kundrat et Mracek, ces auteurs déclarent avoir observé sur deux cents cas de syphilis infantile, neuf cas de lésions intestinales.

Finalement, en 1909 le professeur Gaucher, l'éminent syphiligraphe de l'hôpital Saint-Louis, dans son *Traité de la syphilis des viscères*, consacre, sous la plume de mon cher maître M. le docteur Hudelo, médecin à Broca, l'authenticité de la syphilis intestinale en s'exprimant ainsi :

« Les déterminations de la syphilis sur l'intestin (intestin grêle, cæcum, côlon) comptent parmi les moins connues des syphiloses viscérales ; à en juger par les observations publiées, leur rareté est grande, plus grande peut-être qu'elles ne doivent être réellement : mais il est probable que le diagnostic en est souvent méconnu, d'une part en raison de l'absence de symptômes caractéristiques qui s'y puissent rattacher, d'autre part en raison des analogies parfois extrêmes, qu'elles présentent anatomiquement et cliniquement avec d'autres manifestations, étiologiquement différentes.

« Quoi qu'il en soit de cette rareté, il n'en est pas moins établi que la syphilis peut authentiquement frapper le tractus intestinal : au point de vue clinique le démontre la guérison rapide par le traitement spécial des troubles intestinaux ayant résisté pendant des années aux médications les plus logiques; au point de vue anatomo-pathologique, il existe, en petit nombre sans doute, des cas où la signature spécifique des lésions a été indiscutablement vérifiée : depuis le jour où Cullerier (1854, *Union médicale*) publiait son mémoire sur l'entérite syphilitique, il a paru d'assez nombreuses publications pour que Gaillard (*Presse médicale*, 1897) ait pu donner une histoire complète de la syphilis intestinale. Depuis lors, des observations démonstratives de Lereboullet père, de Fournier, de Suarez de Mendoza sont venues jeter quelque lumière sur cette question encore discutée ».

Nous pouvons donc dire en terminant ce chapitre que l'authenticité de la syphilis intestinale doit être aujourd'hui considérée comme indiscutable et indiscutée et que la fréquence de cette manifestation du microbe de Schaudinn sera beaucoup plus grande qu'on ne l'a dit, jusqu'à ce jour, du moment que l'attention générale du médecin sera plus tendue pour la rechercher autant dans la période secondaire que dans la période tertiaire, voire même dans les périodes quaternaire et quinquaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Syphilis héréditaire.

D'après Cullerier on constaterait souvent à l'autopsie des nourrissons syphilitiques « des ulcères de la membrane interne de l'intestin les uns en forme déterminée, les autres linéaires et ressemblant à des coups d'ongle ».

Dans une autopsie qu'il fit 24 heures après la naissance, Eberth trouva, outre des gommes du thymus et du poumon, dans la dernière portion de l'intestin des épaississements annulaires dont la largeur était de 6 à 8 millimètres, dus à l'infiltration de toutes les tuniques par de jeunes cellules.

D'après deux autopsies d'Oser on constaterait soit des nodules lenticulaires du duodénum et du jéjunum, avec des nodules plus volumineux à la fin de l'iléon, soit des ulcérations au niveau des follicules clos.

Voici d'après les deux autopsies de Parrot, l'important travail de Jurgens, les mémoires de Mracek, Baum

garten, Ignatief, Chiari, Darier et Feulard, les lésions que l'on trouve le plus habituellement : A l'ouverture de l'abdomen on constate d'abord des fausses membranes et des adhérences; les anses intestinales sont couvertes de masses fibrineuses, l'intestin est, sur toute sa longueur, rigide et épaissi; la région des plaques de Peyer est parsemée d'un semis de grains blancs, la muqueuse est légèrement gonflée.

En général, au moment de la naissance, les lésions sont les suivantes : épaississement et rigidité d'une partie ou de tout l'intestin, nodules miliaires surtout dans le jéjunum (Mracek), tuméfaction des plaques de Peyer, ulcérations à fond lardacé. En réalité il est très difficile de se faire, d'après les auteurs, une idée précise de ces lésions et cela tient, comme l'a dit Gaillard, non pas à la malignité variable de l'infection mais aussi, et surtout, à l'âge des sujets examinés. D'après Mracek les lésions ne débuteraient que pendant le septième mois de la vie intra-utérine, mais c'est là une règle qui souffre beaucoup d'exceptions.

Au microscope, d'après Jurgens, les lésions seraient de trois sortes :

1° *Les lésions superficielles de la muqueuse*; plaques d'un centimètre environ avec tendance à la dégénérescence graisseuse et à la mortification. On les trouverait surtout au niveau de la valvule de Bauhin. Les ulcérations se distingueraient par leur bord à pic.

2° *Des gommes* siégeant dans la tunique musculeuse, entre les deux couches de cette tunique, la séreuse correspondante serait également atteinte.

3° *Les granulations miliaires* en grand nombre dans la muqueuse, la musculeuse, la séreuse ; elles sont jaune trouble, ce qui les distingue des granulations tuberculeuses, lesquelles sont jaunâtres et transparentes.

Les grains blancs dont parlait Parrot sont des corpuscules embryonnaires groupés en amas fusiformes ou sphéroïdaux.

L'infiltration diffuse par des éléments embryonnaires signalée par Eberth peut se rencontrer partout, elle suit plus habituellement le trajet des vaisseaux et peut conduire comme les gommes à la nécrobiose.

Si l'on se place au point de vue histologique, le processus est toujours le même : c'est l'endartérite habituelle ayant pour point de départ la tunique adventive des artérioles. C'est par la gaine des vaisseaux que dans le cas de Baumgarten se propageait l'infiltration de la tunique sous-muqueuse à la musculeuse. C'est toujours à l'endartérite oblitérante que l'on attribue la nécrose. Au fond des ulcérations on trouve des éléments embryonnaires, des nodules caséifiés, des vaisseaux oblitérés.

Quelques rétrécissements congénitaux ont été attribués à la syphilis (observations de Porak, de Ledoux et Piet).

A côté de ces lésions spécifiques Mracek appelle lésions non spécifiques une rougeur diffuse de l'intestin qui expliquerait, d'après lui, les diarrhées incoercibles qui tuent les enfants syphilitiques.

En résumé : lésions débutant pendant le 7e mois; gommes miliaires qui peuvent aussi bien apparaître dans la muqueuse, que dans la musculeuse ou la

séreuse, ou sur le péritoine; endartérite, infiltration diffuse, nécrose des syphilomes, ulcérations, perforations exceptionnelles (Gaillard).

II. — Syphilis acquise.

1° Accidents primaires.

Nous n'étudierons pas le chancre rectal et ses complications, c'est là un point sur lequel il n'y a plus rien à dire.

2° Accidents secondaires.

Rien n'est moins prouvé que l'existence d'accidents intestinaux à la période secondaire; théoriquement, comme le dit le professeur Fournier, on ne s'est pas fait faute de l'admettre et en effet on ne voit pas bien pourquoi il n'existerait pas un exanthème analogue aux exanthèmes secondaires expliquant cette entérite relativement fréquente au cours de cette période et se traduisant par une diarrhée quelquefois très grave.

D'autre part si ces lésions existent il faut qu'elles soient d'une extrême rareté pour que Cullerier qui les a recherchées avec soin n'ait jamais rien trouvé.

Et cependant, Oser de Cracovie a constaté le long de l'intestin grêle chez un homme de 51 ans, qui mourut au cours d'une syphilide musculeuse, de nombreuses ulcérations répondant aux plaques de Peyer et fit à ce sujet des hypothèses très ingénieuses. Mais en réalité ces

accidents sont loin d'être démontrés cliniquement et de plus, anatomiquement, ils se rattachent bien plus au tertiarisme qu'à la période que nous étudions; tel est du moins l'avis du professeur Fournier.

Dans l'observation de MM. Hayem et Tissier l'autopsie révéla les lésions suivantes : « Dans le cæcum plusieurs ulcérations de dimensions différentes, dont la plus grande mesure 15 millimètres verticalement sur 5 millimètres de largeur; ulcérations circulaires ou ovalaires, entourées d'une auréole rouge, à bords offrant une induration notable; fond blanchâtre et rempli d'une matière puriforme; — dans le côlon ascendant, deux érosions assez longues, mais étroites; dans le côlon transverse, deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à bords indurés ».

De la coïncidence de ces accidents avec des syphilides papulo-squameuses MM. Hayem et Tissier concluent à l'existence d'une « typhose syphilitique symptomatique de lésions ulcéreuses de l'intestin ». Cela est possible évidemment mais non suffisant pour en faire un accident secondaire. La malade de MM. Hayem et Tissier avait été affectée d'une hémiplégie et par conséquent était déjà touchée par le tertiarisme.

Il est vrai que je pourrais citer, comme contre-partie, le cas de Verneuil où une malade affectée d'un rétrécissement syphilitique de la plus mauvaise forme présentait encore à l'époque où M. le professeur Fournier la vit, des groupes encerclés de syphilides papulo-squameuses, accidents d'ordre secondaire.

Au fond, comme le dit le professeur Fournier, « la

question, au surplus, est de médiocre importance; car ainsi que je l'ai dit et répété tant de fois, où se trouve en clinique la frontière délimitative entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire? L'essentiel est de savoir qu'il y a une entérite spécifique ».

Il n'en est pas moins vrai que nous avons la conviction absolue que lorsque l'attention aura suffisamment été attirée sur ces accidents on trouvera pour ces phénomènes intestinaux qui nous inquiètent si souvent au cours de la période secondaire une explication plus rationnelle que celles qui nous sont proposées.

Il nous est impossible d'admettre, c'est une question de bon sens, que Cullerier ait trouvé des ulcérations dans le pharynx et qu'on n'ait jamais pu en trouver au-dessous. D'autre part, plusieurs fois au Dispensaire nous avons vu, mon père et moi, des diarrhées coïncidant avec une roséole ou avec des syphilides papulaires disparaître non pas en interrompant le traitement, mais bien au contraire en en augmentant l'intensité ou en en modifiant le mode d'application.

Il est vrai qu'à cette argumentation, certainement logique, mais qui manque de base scientifique, M. le Professeur Gaucher répond par une dénégation absolue basée sur un raisonnement histologique.

Pour lui, aussi bien au secondaire qu'au tertiaire, déduire l'existence de syphilides intestinales du fait de celle de syphilides cutanées est une erreur scientifique. Que ce soit au secondaire, au tertiaire, ce qui est une question, non de période mais de distribution, « secondaire désignant les manifestations généralisées, tertiaire

les accidents systématisées de la même infection », les syphilides intestinales sont impossibles parce que cette catégorie d'accidents ne peut exister que sur les muqueuses dermo-papillaires; bouche, gorge, pharynx, anus jusqu'à la ligne de Morgani : en un mot sur toutes les muqueuses qui dérivent du feuillet externe du blastoderme. On peut y voir des gommes, mais pas de plaques muqueuses.

3° Accidents tertiaires.

On peut trouver des lésions syphilitiques dans toute la longueur de l'intestin depuis le duodénum jusqu'au rectum, mais elles sont plus fréquentes dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. Le professeur Fournier en relate 32 cas qui se divisent ainsi :

Lésions affectant exclusivement l'intestin grêle : 18 cas.

Lésions affectant exclusivement le gros intestin : 8 cas.

Lésions affectant simultanément l'un et l'autre : 6 cas.

En sorte que dans ces 32 cas, l'intestin grêle a été affecté 24 fois et le gros intestin 14 seulement.

A. — Segment supérieur de l'intestin.

Le plus souvent les lésions sont multiples : 6, 12, 30, 50 et plus. Klebs cite le cas d'un intestin qui en était criblé, Warfvinge et Blix trouvent dans l'iléon 35 ulcérations annulaires; Meschede observe 54 ulcérations dans l'intestin grêle.

Ces lésions ne forment jamais de tumeurs; ce ne sont pas de grosses masses, ce sont des « infiltrats menus, étalés, aplatis, lamelleux en forme de ménisques qui reproduisent sur la muqueuse exactement ce que sont les syphilides à la surface du tégument cutané » (Fournier).

On peut les diviser en trois stades (Gaucher).

1° *Premier stade* ou stade de crudité. Ce sont d'abord ce que le professeur Fournier appelle les syphilides tuberculeuses sèches de l'intestin absolument analogues à celles de la peau.

Ces formations sont tantôt éparses, tantôt localisées plus particulièrement au niveau des plaques de Peyer, petits ménisques très variables de taille, variant des dimensions d'une lentille à celles d'une pièce de 5 francs. Caractère important : ils sont *durs*, *fermes*, *consistants*.

2° *Deuxième stade* ou stade de ramollissement. Les lésions se transforment en *ulcérations*, ce sont les *syphilides tuberculo-ulcéreuses* ou bien encore les *gommes ulcérées de l'intestin*.

Le processus est toujours le même, nous le retrouvons identique et ces lésions ont une ressemblance frappante avec celles du tégument cutané.

Les *ulcérations* auxquelles aboutissent les lésions du stade précédent, occupent soit le centre seulement, soit toute la surface des infiltrats qui les ont précédées; elles conservent presque toujours une base résistante, ferme de syphilome respecté par le processus nécrobiotique. Les bords sont épais, durs, parsemés de gommes miliaires sèches ou caséeuses. Leur centre est gris jau-

nâtre, à peine suppurant, non bourbillonneux : tous les auteurs ont insisté sur les caractères de densité, de consistance fibreuse de ce fond.

On peut trouver ces ulcérations comme les infiltrats qu'elles remplacent, soit exclusivement sur les follicules clos ou les plaques de Peyer, soit sur des points quelconques de l'intestin grêle et du gros intestin. Les trois tuniques sont également touchées. Klebs, Warfvinge et Blix ont présenté des observations d'ulcérations de la valvule iléo-cæcale. A côté de ces lésions Laurenzi a mentionné des ulcérations du péritoine pariétal.

Au microscope c'est d'abord une infiltration de la couche sous-muqueuse par d'innombrables cellules arrondies, toujours du type embryonnaire. C'est plus particulièrement autour des vaisseaux qu'on les trouve. Les parois de ceux-ci s'épaississent, la lumière se rétrécit, c'est le processus habituel de l'*endartérite oblitérante*.

Quand l'oblitération est complète on peut trouver de place en place des cellules géantes, mais il n'y a ni caséification, ni bacilles de Koch ; l'infiltration s'étend dans toute la tunique jusqu'à la séreuse elle-même. Dans ce milieu, en plein tissu du type syphilomateux habituel, l'ulcération gommeuse se réalise.

3° *Troisième stade.* — La guérison se fait le plus habituellement sous forme de *cicatrices*. Elles ont ceci de particulier qu'elles n'offrent absolument *aucun caractère* capable d'être utilisé pour en affirmer l'origine spécifique. Il est excessivement difficile, pour ne pas dire impossible, d'en faire le diagnostic différentiel.

B. — Segment inférieur de l'intestin.

Avec le professeur Fournier nous diviserons l'étude de la syphilis des segments inférieurs de l'intestin en lésions tertiaires anales et péri-anales, en lésions tertiaires du rectum et en rétrécissement du rectum.

« Les lésions tertiaires des régions anales et péri-anales proprement dites ne sont pas fréquentes, sans pouvoir cependant être traitées de rares, dit le professeur Fournier. Les unes sont simplement des éléments d'une éruption générale ou des prolongements de lésions avoisinantes. Comme exemple de ce premier groupe il suffira de citer les cas suivants :

« Sur un malade, qui était littéralement criblé de syphilides tuberculo-ulcéreuses, un large placard de cet ordre se trouvait localisé sur la marginale de l'anus. Dans son développement ultérieur, il ne tarda pas à envahir l'anus sans cependant pénétrer plus avant.

« Sur un autre malade, syphilitique depuis de longues années, on observait ceci : au niveau de la fesse gauche et de la marge de l'anus du même côté, vaste placard serpigineux en couronne, à rebord croûteux et à centre cicatriciel, exactement contigu à l'anus et se continuant excentriquement par deux jetées ulcéreuses, dont l'une se portait à droite sur les téguments de la vulve, tandis que l'autre servait de bordure à toute la demi-circonférence gauche de l'anus.

« Les autres forment un groupe plus intéressante, celui des lésions autochtones de la région, c'est-à-dire des

lésions originairement nées là où nous sommes appelés à les constater plus tard.

« Celles-ci consistent soit en des syphilides ulcéreuses, soit en des infiltrats gommeux ramassés sous forme de tumeur, en des gommes ».

Les lésions tertiaires du rectum sont de plusieurs ordres : les gommes, les syphilides ulcéreuses, le syphilome ano-rectal, lésion de beaucoup la plus importante, et à laquelle se rattache un intérêt considérable.

Le rétrécissement syphilitique du rectum est une entité morbide qu'incontestablement on rencontre chez des sujets syphilitiques et qui reste exclusivement imputable à la syphilis.

N'ayant pas à nous étendre sur les lésions syphilitiques tertiaires anales et péri-anales ni sur les gommes et syphilides du rectum, nous les engloberons ici sous le titre de lésions ano-rectales et nous ferons un chapitre à part pour le syphilome ano-rectal et le rétrécissement.

1° Lésions ano-rectales.

Les *gommes* sont excessivement rares. On peut citer l'observation du professeur Fournier, assez curieuse pour que nous la reproduisions ici :

« Une de mes malades de Lourcine présentait sur la fesse gauche une énorme ulcération gommeuse de forme phagédénique. Cette lésion, dans son développement excentrique, aboutit à avoisiner d'abord, puis à envahir l'anus, en déterminant là une ulcération profonde qui pénétra jusque dans le rectum ».

Quant aux gommes *primitivement rectales* elles sont encore plus rares. Fournier dans son immense expérience n'en n'a jamais observé. Citons les observations de Polchen, Kuster, Freymuth, et celle de Zappula où il est question d'un cas curieux où l'on sentait à 4 centimètres au-dessus de l'anus une tumeur élastique, globuleuse, qui disparut par l'iodure.

Esmarck est d'avis qu'elles sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit.

Peuvent-elles se terminer par une fistule? C'est possible, mais les observations manquent. En revanche il y a des cas de fistules à la suite de gommes de la *marge de l'anus* (cas de Verneuil). Fournier en cite un cas (Voir obs. nº 16).

Syphilides ulcéreuses. — Si les syphilides qui siègent à la marge de l'anus ont les caractères habituels, on ne peut en dire autant de celles qui siègent sur l'anus même. Leur caractéristique est en effet d'être *sans caractères*, ce sont des ulcérations *banales* plus ou moins creuses, plus ou moins étendues sécrétant assez abondamment une matière purulente. Leur forme est excessivement variable. Elles peuvent se propager dans le rectum jusqu'à 3 centimètres environ au-dessus du sphincter et constituer par conséquent de véritables *syphilides intra-rectales* (Fournier).

Mais, en existe-t-il de *primitivement rectales*? le professeur Fournier l'affirme, beaucoup le nient. Leur siège est la région *ampullaire*, souvent elles accompagnent des lésions analogues du côlon et de l'S iliaque. « Ce sont des tumeurs à bords réguliers, à fond rouge saignant

et partiellement recouvert de détritus grisâtres ou de mucosités adhérentes ». Souvent elles entraînent un épaississement, une sténose cicatricielle de la paroi.

On a cité quelques cas rares où elles se sont compliquées de *phagédénisme*. Nous citerons le cas présenté par Quénu et Hartmann, celui de Lane et enfin celui de Hahn, particulièrement curieux où le périnée était entièrement détruit et remplacé par un cloaque d'où s'écoulait une suppuration très abondante évaluée par l'auteur « jusqu'à un litre par jour ».

2° Syphilome ano-rectal.

Sous ce nom le professeur Fournier a magistralement décrit en 1875 une lésion que l'on englobait jusqu'alors dans les formes du début du rétrécissement et dont il a fait une entité spécifique : « C'est, dit-il, une infiltration hyperplasique des parois ano-rectales (1).

« Dans une première période, le rectum est épaissi et rigide avec intégrité, en surface, de sa tunique muqueuse. Le syphilome n'intéresse que la partie inférieure du rectum mais son étendue est très variable, depuis 2 à 3 centimètres jusqu'à 7 et plus.

« Il peut exister à l'anus et alors au lieu de se constituer en nappe il s'adapte à la région et devient ces petites tumeurs spéciales auxquelles on donnait jusqu'à ce jour le nom de *condylomes*, ou de *bouquet condylomateux*.

« Quelque fois les lésions du rectum et de l'anus se réunissent, on a alors le *syphilome ano-rectal* au grand

(1) Leçons cliniques publiées par la *France médicale*, 1875.

complet. Il n'y a pas encore rétrécissement mais épaississement quelquefois considérable de la paroi. Non traité, le syphilome dégénère, le rétrécissement s'établit».

Telle est la théorie du professeur Fournier, théorie discutée, du reste.

D'après Wælsch, Audry, Puechavy, la genèse du syphilome se rattacherait plutôt à la *stase lymphatique*, pouvant dériver de lésions ganglionnaires antérieures. Il se produirait un véritable éléphantiasis de la région origine du syphilome, ce qui expliquerait sa résistance au traitement.

Pour le professeur Gaucher, le syphilome ano-rectal serait d'origine blennorragique; nous n'avons rien pu trouver à l'appui de cette théorie.

3° Rétrécissement syphilitique du rectum.

C'est une manifestation rare, Fournier n'en a trouvé que *12 cas* sur 4.400 malades.

Il occupe presque toujours la région ampullaire; il est donc toujours accessible au toucher, c'est un *rétrécissement inférieur*.

Il peut être, soit valvulaire, simple bride en forme d'éperon, de croissant, soit annulaire, soit cylindrique. Le calibre est très variable suivant le degré d'évolution soit que le doigt y pénètre facilement, à frottement, ou ne puisse au contraire le traverser.

C'est une masse indurée, calleuse, d'aspect fibreux, d'épaisseur variant entre 4 à 5 millimètres et 1 centi-

mètre et davantage. Pas de trace d'ulcération à la surface.

Au microscope les tuniques intestinales sont représentées par une masse compacte, constituée en majeure partie de tissu fibreux de matière amorphe et de noyaux embryoplastiques. Telles sont les lésions spécifiques.

Nous citerons, pour être complet, les lésions de voisinage qui sont : *la dilatation des parties supérieures du rétrécissement*, *l'hypertrophie de la tunique musculaire*, *l'ulcération presque constante de la muqueuse en amont du rétrécissement* et quelquefois *des fistules* (Fournier).

4° Appendicite syphilitique

Nous exposerons dans le chapitre qu'après la symptomatologie nous consacrons à l'appendicite, la communication si curieuse du professeur Gaucher à ce sujet et la discussion qui s'ensuivit. Il ne nous a pas été possible de trouver de renseignements anatomo-pathologique à ce sujet en dehors de quelques observations où il aurait été trouvé des ulcérations dans l'appendice iléo-cæcal.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — Syphilis héréditaire.

Le premier symptôme est la *diarrhée* rapidement mortelle à moins qu'un traitement intensif n'intervienne. Si les enfants sont viables elle cède sans trop de retard à la cure mercurielle (Cullerier, Sevestre, Balzer). Il faut citer l'observation de Schwimm, qui relate l'histoire d'une fillette âgée de 6 semaines atteinte de syphilides maculeuses guérie en trois semaines par le mercure et qui trois mois après commença à souffrir de vomissements et de diarrhée. Ce ne fut qu'au bout de deux mois, grâce à l'apparition d'ulcérations vulvaires et fessières que le médecin pensa à la syphilis et ordonna la pommade au précipité, des bains de sublimé et du protoiodure. La guérison fut acquise en 4 semaines (Gaillard).

Les *hémorragies* sont fréquentes; on a essayé d'établir le rôle de la syphilis dans le mélæna des nouveaunés. Dusser ne trouva la syphilis que 3 fois sur 78 cas,

Kundrat et Mracek dans un relevé de 132 cas l'ont trouvée 19 fois.

Il est probable que lorsque l'attention sera attirée sur l'importance de ces accidents ces chiffres seront notablement modifiés (Voir obs. 31).

II. — Syphilis acquise.

1° Accidents primaires.

Comme dans l'anatomie pathologique, nous laisserons de côté ici ces accidents sur la symptomatologie desquels tout le monde est d'accord.

2° Accidents secondaires.

C'est chez les femmes principalement et chez les femmes nerveuses surtout que l'on trouve les manifestations dont nous allons parler. Et encore n'est-on pas fixé sur la pathogénie exacte de ces accidents. Sont-ils causés par la syphilis ou surviennent-ils indirectement à côté de la maladie? Nous entrons là dans l'inconnu, mais il n'en est pas moins vrai que ces manifestations existent et qu'il faut les connaître.

Ce sont des *troubles dyspeptiques* et *gastralgiques* très communs. C'est une *entéralgie secondaire*, névrose plus rare se caractérisant par des coliques survenant par crises intermittentes. Elle est variable et mobile, sujette à des oscillations inexplicables. Quelquefois elle s'associe à des troubles gastriques similaires pour

donner une gastro-entéralgie. Plus rarement encore il se produit une véritable *entérite*. Le symptôme prédominant est alors la *diarrhée* plus ou moins abondante et plus ou moins persistante. Elle peut durer des mois et des années et retentir à la longue sur l'état général du malade qui maigrit et perd l'appétit. Nous donnons plus loin les observations typiques à ce sujet de MM. Lereboullet, Fournier et Suarez de Mendoza.

Cette entérite, affirmée par quelques-uns est, comme les lésions qui la causent, loin d'être démontrée. On discute théoriquement et *a priori*, mais comme dit le professeur Fournier tout cela est bien hypothétique. Cliniquement les observations sont encore insuffisantes pour établir d'une façon irréfutable l'existence d'une entérite secondaire. Des diarrhées avec coliques au cours de la période secondaire, cela se rencontre à tout instant, mais il est bien difficile de déterminer si ces diarrhées relèvent de la syphilis et non d'autres causes incidentes (écarts de régime, refroidissements, influences médicamenteuses et, tout spécialement, hydrargyrie intestinale, etc.).

La question reste donc à l'étude.

En cela nous sommes tout à fait d'accord avec le maître éminent mais il est un fait que, d'après nous, l'on ne peut pas discuter à présent c'est l'existence même de ces diarrhées qui, au cours de la période secondaire, ne peuvent être attribuées à aucune des causes citées par le professeur Fournier et ne disparaissent que par un traitement mercuriel intensif. (Voir obs. 22, 23, 24, 25).

A côté de cette entérite citons les crises de vomissements et surtout, car ils sont communs et très curieux, les troubles intéressant l'appétit, si magistralement décrits par le professeur Fournier, que nous nous contenterons de les mentionner pour être complet. Ce sont : *la diminution de l'appétit*, *l'anorexie hystériforme et la boulimie secondaire* avec ce détail si curieux de sa coexistence avec une élévation de température ou *fièvre syphilitique*.

Nous donnons plus loin, et bien que ceci ne rentre pas absolument dans le cadre de la syphilis intestinale, 3 observations curieuses se rapportant à ces accidents et publiées par le maître dans son chapitre sur les *accidents secondaires du système digestif et annexes* (Voir obs. 17, 18, 19).

III. — Accidents tertiaires.

A. — Segment supérieur de l'intestin.

La symptomatologie de ces accidents est très difficile à établir parce que leur principal caractère est justement qu'ils n'ont *rien de spécial* et cela explique pourquoi ces entéropathies sont si souvent méconnues.

Le symptôme constant est une *diarrhée* persistante, rebelle, chronique ; ajoutons des coliques et rarement un aspect ensanglanté et dysentériforme des matières ainsi que des épreintes et du ténesme.

Beaucoup d'affections intestinales peuvent donner un

ensemble symptomatologique similaire. il est donc difficile de penser à la syphilis.

Quelques particularités pourtant pourront nous mettre sur la piste de la spécificité. Ce sont : 1° les antécédents syphilitiques du malade, 2° l'absence de toute autre cause, 3° *une résistance singulière de cette diarrhée aux agents thérapeutiques usuels*, 4° les coïncidences morbides.

Fournier dans 4 cas personnels a vu coïncider la diarrhée avec un exostose huméral et des douleurs ostéocopes du fémur, avec une arthropathie du genou, avec des reliquats dans une syphilis cérébrale, de périostose de l'arcade sourcilière, avec un de ces états neurasthéniques si fréquents dans la syphilis.

Outre ces caractères, ces diarrhées sont sujettes *à récidive* à intervalles variables. Ils peuvent être tardifs, 19 ans et 40 ans dans les deux cas de Fournier.

B. — Segment inférieur de l'intestin.

1° Lésions ano-rectales.

Contrairement aux lésions syphilitiques habituelles, les syphilides ano-rectales sont souvent *douloureuses*, elles entretiennent vers la région une sensation de gêne constante, de tension, de chaleur ; provoquent quelquefois de faux besoins de défécation et quelquefois même du ténesme. Le malade ne va à la selle qu'au prix de souffrances très vives.

Mais le professeur Fournier fait remarquer que ces

douleurs sont moins fortes qu'on pourrait le supposer, vu la nature, l'étendue, la profondeur, et surtout le siège de ces lésions. Et enfin, jamais elles ne déterminent ces crises effroyables, ces spasmes si cruellement douloureux que provoque et que caractérise la fissure de l'anus. Ce sont donc des *ulcérations tolérantes*. Elles peuvent parfois être atteintes par le toucher digital. On sent leur surface inégale et grenue qui tranche avec l'état lisse et velouté des régions voisines.

2° Syphilome ano-rectal.

Le *toucher*, dans ce cas, donne d'inappréciables renseignements : le doigt introduit dans le rectum perçoit immédiatement que les conditions physiques de l'intestin ne sont plus ce qu'elles doivent être, ce qu'elles sont normalement, et qu'elles en diffèrent au contraire du tout au tout.

Le rectum au lieu de constituer un cylindre à tuniques molles, membraneuses, dilatables est devenu un *cylindre ferme, résistant, rigide*. On pourra noter aussi l'épaississement notable des parois surtout chez la femme où le toucher vaginal combiné permettra de s'en rendre un compte exact.

Par le toucher, enfin, l'observateur vérifiera ce caractère si important de la muqueuse, à savoir son *intégrité absolue en surface*.

3° Rétrécissement syphilitique du rectum.

Au début un peu de constipation, une rareté plus grande des selles, et au toucher, quand on y pense, les signes du syphilome dont nous venons de parler. Plus tard la sténose s'établit, les selles deviennent de plus en plus laborieuses, le malade, malgré tous les moyens possibles, laxatifs, lavements, ne va à la selle que tous les 8, 10, 15 jours. Les matières sont ovillées ou rubanées. Dans le cas de Fournier la garde-robe consistait en un cylindre long de 2 à 3 mètres et gros comme une sonde urétrale.

L'ulcération en amont du rétrécissement cause d'abord un catarrhe muco-purulent, puis une suppuration véritable qui se traduit par un enrobement purulent des selles et par le rejet de paquets de glaires verdâtres entre les garde-robes.

Peu à peu apparaissent les symptômes de rétention stercorale : sensation de plénitude, ténesme, coliques, tympanisme et de temps en temps une débâcle.

Le malade n'ose plus s'alimenter, il devient mélancolique, pense au suicide. Il s'amaigrit, s'anémie et peut être emporté par une infection intercurrente : érysipèle, pneumonie, péritonite, phlegmon péri-rectal. Dans d'autres cas il meurt dans le marasme.

Le *toucher* fera sentir, d'abord une zone rétrécie en forme de cône à base inférieure dure et inextensible. La muqueuse est intacte quelquefois, le doigt ressort « sec et propre ». Quelquefois, s'il y a des végétations, le doigt

sentira des verrues ou des tumeurs polypiformes non saignantes, non entamables par l'ongle.

Plus tard, la sténose augmentant on ne pourra plus introduire le doigt mais il n'y a jamais occlusion ni fermeture absolue.

4° Appendicite syphilitique.

Ce fut le 11 mars 1904 à la Société de dermatologie et syphiligraphie de Paris que M. le professeur Gaucher attire pour la première fois l'attention du monde médical sur cette question.

Nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser la parole et de reproduire ici la partie essentielle de sa communication :

A une époque où je faisais la statistique du nombre des syphilitiques et où j'essayais d'établir leur pourcentage, — statistique que je n'ai pas encore publiée et qui m'avait donné les chiffres de 33 p. 100 dans la clientèle de ville et de 22 p. 100 dans la clientèle hospitalière — je m'enquérais, au sujet de tous les malades atteints d'une affection quelconque, de leurs antécédents syphilitiques. C'est en compulsant ces notes que j'ai été frappé du grand nombre d'appendicites avec antécédents syphilitiques, personnels, héréditaires ou conceptionnels.

« Depuis lors, j'ai interrogé dans ce sens les malades atteints d'appendicite, auprès desquels j'ai été appelé ; lorsque ces malades étaient des femmes ou des enfants, j'ai interrogé les maris et les pères.

« En réunissant tous les cas, je suis arrivé, en totalité, aux résultats suivants :

« Mon enquête porte sur 32 cas d'appendicite que j'ai classés en deux catégories : l'une comprenant les malades au-dessus de 30 ans, correspondant dans mon esprit aux syphilis acquises ; l'autre les malades au-dessous de 30 ans correspondant aux syphilis héréditaires. Je reconnais, d'ailleurs, que cette classification est tout à fait artificielle ; mais, comme l'appendicite, si elle est d'origine syphilitique, ne peut être qu'un accident tardif, il est vraisemblable, dans le cas de syphilis acquise, qu'elle ne doit se manifester qu'après 30 ans.

« 1° J'ai observé 9 appendicites au-dessus de 30 ans, 4 hommes et 5 femmes.

« Chez les 4 hommes, âgés de 32 à 49 ans, j'ai trouvé des antécédents syphilitiques personnels, avoués sans difficulté.

« Parmi les 5 femmes, âgées de 30 à 38 ans, j'en ai trouvé : une personnellement syphilitique, âgée de 37 ans, infectée avant son mariage ; 3 dont les maris m'ont avoué leur syphilis antérieure, et qui avaient, toutes les trois, des enfants ; une seule âgée de 32 ans, dont le mari m'a nié formellement tout antécédent syphilitique et dont je n'ai pu, d'autre part, interroger les parents.

« 2° Ma seconde catégorie d'appendicites, au-dessous de 30 ans, comprend 23 cas, sur lesquels j'ai trouvé 21 fois une hérédité syphilitique paternelle, dans 2 cas, le père m'a nié tout antécédent.

« Donc, 21 hérédo-syphilitiques sur 23 cas d'appen-

cites. Parmi ces 21 cas, j'ai trouvé 2 fois 2 enfants de la même famille atteints, 1 fois un enfant et son père, 2 fois l'enfant et sa mère.

« Au total, sur 32 cas d'appendicite, j'ai trouvé la syphilis 29 fois : 8 fois la syphilis acquise et 21 fois l'hérédité syphilitique ».

C'était là un simple exposé de faits, une voie ouverte aux recherches et M. Gaucher n'en tirait lui-même aucune conclusion. Il terminait en disant qu'il était possible que l'appendicite soit une manifestation *quaternaire ou tardive*, parasyphilitique, si l'on veut, de l'infection syphilitique.

La communication fut discutée par MM. Barthélemy, Hallopeau, Le Pileur, qui furent d'un avis opposé.

Pour M. Ed. Fournier qui apporta à l'appui de cette communication un certain nombre d'observations personnelles, l'influence de la syphilis sur l'appendicite est infiniment probable. Il a été frappé lui-même de la fréquence de cette affection chez les hérédo-syphilitiques et a observé, dit-il, dans 12 familles, 16 cas d'appendicite sur des enfants ou des jeunes gens entachés de syphilis héréditaires (3 dans la même famille). Pour lui, l'appendicite ferait pendant à la diphtérie si commune chez les hérédo-syphilitiques.

Dans le *Traité de la syphilis* (période tertiaire, t. II) paru en 1906, M. Ed. Fournier précise son opinion :

« L'appendicite n'est pas à mes yeux un symptôme, un produit direct de la syphilis; mais c'en est, je crois, un dérivé indirect, en ce sens que l'infection syphilitique lui crée un *terrain propice*, à savoir un

un terrain favorable à la germination du levain infectieux et au développement du processus morbide. Je crois que l'hérédo-syphilitique, qui vient au monde avec un coefficient de résistance vitale amoindri, est un être *infériorisé* au point de vue de sa défense contre les accidents de la route, un *être vulnérable, fragile*, qui subira tels ou tels de ces accidents plutôt qu'un autre mieux armé ».

Le professeur Fournier se rallie à l'opinion de son fils. Mais, en vérité, tel a toujours été l'avis de mon maître M. le professeur Gaucher et jamais, ni dans sa communication de 1904 ni ultérieurement, il n'a fait de l'appendicite une manifestation purement syphilitique. Accident quaternaire, para-syphilitique avait il proposé en 1904, ne l'oublions pas!

Ce qui n'a pas empêché nombre de collègues de reprocher à M. Gaucher de sacrifier la règle à l'exception et de lui opposer une « foule de cas » où l'appendicite était apparue chez des adultes et des enfants qui « *certainement* » étaient indemnes de syphilis.

Cette affirmation n'est pas faite pour nous émouvoir. Pour nous, ces cas ne prouvent rien, pour nous qui savons la difficulté formidable que nous éprouvons à dépister la syphilis et l'impossibilité matérielle à laquelle se sont heurtés tous ceux qui ont voulu faire une statistique. Sur 50 malades il y en a peut-être 20 qui avouent la syphilis acquise, et en dehors de cette catégorie d'accidents s'est-on donné la peine dans cette « foule de cas » que l'on nous oppose de rechercher la syphilis du père ou même celle du grand-père, hérédité

dont nous démontrerons tout à l'heure l'importance?

Du reste, en 1907 M. le professeur Gaucher met au point sa façon de penser dans un article paru dans les *Annales des maladies vénériennes* sous le titre d'*Hérédosyphilis quaternaire du tissu réticulé*.

« L'influence de la syphilis sur le développement de l'appendicite, dit-il, a besoin d'être expliqué, car on m'a fait souvent dire ce que je n'ai jamais dit ni pensé.

« Ce que produit la syphilis héréditaire ou acquise, ce n'est pas à proprement parler l'appendicite, ce n'est pas la suppuration ou la gangrène de l'appendice vermiculaire, ni la péritonite qui peut en résulter. La syphilis n'a qu'une *influence prédisposante ou provocatrice; elle provoque l'hypertrophie et l'inflammation chronique du tissu réticulé de l'appendice*, qui prépare et favorise l'action des causes irritatives, infectieuses ou suppuratives quelconques.

« En d'autres termes, on peut avoir à la rigueur une appendicite sans syphilis; mais, en pratique, la lésion du tissu réticulé qui, dans la majorité des cas, constitue la période prémonitoire, la période pré-suppurative de l'appendicite est presque toujours — j'allais dire toujours — une manifestation de la syphilis quaternaire.

Et cette fois-ci M. le professeur Gaucher appuie ses conclusions sur des données plus précises. Sur les 29 malades présentés en 1904 il y avait 8 anciens syphilitiques et 21 enfants de spécifiques. Depuis il a observé 5 cas d'appendicite dont un cas chez un enfant de syphilitique âgé de 18 ans. Nous donnons les obser-

vations particulièrement intéressantes du 2e et du 3e. (Voir obs. 28 et 29).

Les deux derniers étaient imputables à la syphilis acquise.

Enfin dans des recherches encore inédites M. Gaucher a trouvé que la réaction de Wassermann dans des cas quelconques d'appendicite observés dans des services quelconques de chirurgie était positive dans la moitié des cas.

Citons encore l'observation du docteur Louste où il est question d'un cas d'appendicite hérédo-syphilitique de première génération chez la mère d'un enfant ayant des végétations adénoïdes qui, entre parenthèse, sont pour M. Gaucher de même origine.

Il est incontestable, et l'on peut consulter à ce sujet le travail important du docteur Delacour, qu'il existe une appendicite familiale. On l'a attribuée, jusqu'à présent, à la grippe, mais quelques-unes de ces appendicites surviennent à des mois et même à des années d'intervalle et alors l'influence de la grippe est inadmissible. Il faut admettre celle de la syphilis, infiniment plus fréquente et cette influence, d'après le professeur Gaucher, pourrait se faire sentir jusqu'à la deuxième génération. Citons à l'appui de cette opinion les deux cas qui lui sont personnels (Voir obs. n°s 26 et 27).

Il n'y a, nous le croyons, rien d'invraisemblable dans cette opinion; puisque l'on a admis le tertiarisme de la deuxième génération, pourquoi ne pas admettre les accidents quaternaires qui s'expliqueraient encore mieux de par la virulence atténuée de leurs manifestations?

L'observation de M. Van Huysen est des plus inté-

ressantes par la diversité des accidents spécifiques à la deuxième génération (Voir obs. n° 30).

Evidemment tout cela heurte à première vue mais si, au lieu de crier à l'impossible, les médecins et les chirurgiens s'efforçaient de rechercher cette hérédité, peut-être les observations deviendraient-elles de plus en plus fréquentes.

Et aux sceptiques je ne pourrai mieux répondre qu'en citant textuellement l'opinion du professeur Fournier, lequel s'exprime ainsi :

« J'aurais mauvaise grâce à oublier que semblable accueil — je me trompe, qu'un seul accueil, bien pire — fut celui que reçut à ses débuts la doctrine du tabès ou de la paralysie générale d'origine syphilitique. Personne ne voulait croire à ce qu'on prenait pour une fantaisie, et je me rappellerai toujours que mon maître Ricord, qui m'honorait d'une grande affection me dit un jour : « Mon pauvre ami, je crains bien que vous vous soyez mis une mauvaise affaire sur les bras avec votre singulière idée du tabès d'origine syphilitique ». En sera-t-il de même pour la doctrine nouvelle? Je me garderai d'en rien préjuger, et prudemment j'en appellerai au temps pour déterminer ce qu'elle contient de vrai ».

COMPLICATIONS

Chez les *nouveau-nés*. — Si le traitement n'intervient pas rapidement, la diarrhée entraîne rapidement la mort dans un très bref délai. Un autre accident dont nous avons déjà parlé est le mélæna, mais ici une thérapeutique active peut encore enrayer ses manifestations.

Dans la *période secondaire*, chez les sujets débilités par une affection antérieure, la diarrhée peut acquérir une gravité singulière. Gaillard raconte avoir soigné un jeune phtisique qui parti à la Côte d'azur pour y chercher la santé en rapporta la syphilis. Les désordres intestinaux furent tels qu'ils résistèrent à toute médication.

Citons encore la typhose syphilitique de MM. Hayem et Tissier, mais nous avons vu que ce cas pouvait prêter à discussion quant à la période de la syphilis où eurent lieu les accidents.

Dans *la période tertiaire* les *rétrécissements* de l'intestin grêle, du cæcum et du côlon sont exceptionnels. Dans le cas de Warfving et Blix l'organe n'était que

légèrement rétréci bien que parmi les 35 ulcérations échelonnées la plupart fussent annulaires. Dans le cas de Hahn on constatait un rétrécissement très serré sur une longueur de 8 centimètres environ. Du reste la longueur est très variable : Holm signale 8 centimètres. Routier cite un cas de 22 centimètres, Gérard Marchand en a observé un de 42 centimètres. Citons encore le cas de Rosenfeld, de Herrenschmidt, de Norman.

Leur multiplicité est la règle. Citons le cas de Forsman où une jeune fille de 23 ans mourut après une diarrhée rebelle pendant deux ans. On put constater à l'autopsie 14 rétrécissements fibreux de l'intestin grêle.

Ils sont habituellement l'aboutissant d'une sclérose sous-muqueuse comme dans le cas de Laurenzi, de là le processus envahit les diverses tuniques.

Les perforations de l'intestin sont exceptionnelles. Citons les deux observations de Bjronstron et de Laurenzi.

Ces accidents s'accompagnent habituellement d'accidents syphilitiques tertiaires, de localisations diverses : ulcérations de l'estomac, lésions du foie, de la rate, des reins, etc.

Signalons surtout la *dégénérescence amyloïde* très fréquente chez les vieux spécifiques à ulcérations suppurantes.

Mais ce qui en fait surtout l'intérêt, comme le signale le professeur Gaucher, c'est qu'elle manifeste une préférence évidente à l'endroit des parois artérielles et des organes lymphoïdes de l'intestin d'où *ulcérations* coïn-

cidant avec des ulcérations réellement spécifiques. « Il est vraisemblable que bon nombre d'observations d'ulcérations dites syphilitiques et basées sur le simple examen macroscopique n'étaient autre chose que des faits d'ulcérations par dégénérescence amyloïde ».

L'association de la *tuberculose* est moins fréquente. On voit combien ces coïncidences peuvent être une source d'erreur, sans compter les ulcérations de la typhoïde, de la dysenterie, etc.

C'est pourquoi Cornil disait qu'on ne peut pas affirmer la syphilis si on n'a pas trouvé de néoplasmes gommeux.

Nous avons vu que les gommes de l'anus pouvaient donner lieu à des *fistules* (Voir obs. 16).

Citons comme complications les syphilides ulcéreuses se compliquant de *phagédénisme* (cas de Quénu et Hartmann, de de Lane, de Hahn).

Quant aux rétrécissements syphilitiques du rectum, nous étudions plus loin les raisons qui assombrissent son pronostic.

DIAGNOSTIC

I. — Syphilis héréditaire.

Les symptômes principaux sont la *diarrhée* et le *mélæna*; s'il n'y a pas coexistence d'un autre accident on ne pensera le plus habituellement à la syphilis qu'après avoir utilisé tout l'arsenal de la thérapeutique en pareil cas. Quelques détails pourtant nous mettront sur la piste, c'est la recherche attentive de la spécificité chez la mère, spécificité acquise ou elle-même héréditaire, c'est le poids relatif du placenta, c'est l'excès de liquide amniotique, la naissance légèrement avant terme de l'enfant.

Le diagnostic est souvent simplifié par une lésion coexistante le *pemphygus*, par exemple qu'il faudra rechercher attentivement à la plante des pieds d'abord, dans les paumes des mains.

Nous ferons enfin la réaction de Wassermann chez la mère et chez l'enfant, ce qui nous donnera un renseignement d'une utilité évidente.

II. — Syphilis acquise.

A. — Segment supérieur de l'intestin.

Un malade a eu une *diarrhée chronique*, que rien n'explique, rebelle à tous les traitements. Le plus souvent il se passera des mois, un an avant que le médecin ne pense à la syphilis. En effet, quoi de plus banal et pourquoi penserait-on à la spécificité?

Pourquoi?

« Parce qu'il faut songer à la syphilis alors même qu'elle ne se dénonce par rien de spécial; parce que les viscéropathies de la syphilis n'ont et ne sauraient avoir rien de spécial. Un viscère malade traduit sa souffrance par le trouble des fonctions qui lui sont dévolues, mais il n'a pas une modalité de troubles fonctionnels adaptée à la qualité de toute cause pathogène qui peut l'affecter. Sur ce point il faut encore en revenir à la spirituelle comparaison de Buzzara, que je reproduirai ici une fois de plus, puisque cela est nécessaire et puisqu'elle trouve incessament son application. « Le trouble fonctionnel d'une montre est toujours le même, quelle que soit l'origine de ce trouble; et ce trouble n'est autre que l'arrêt de la montre, n'importe que ce soit un cheveu ou un grain de sable qui se soit glissé dans ses rouages. » Par conséquent, la banalité des symptômes n'a pas de signification pour ou contre la spécificité d'origine des accidents ; et, en l'espèce, c'est-à-dire à propos d'une diarrhée persistante, la syphilis

peut ou même doit être mise en cause aussi bien que n'importe qu'elle autre influence pathogène ».

Le tout est donc d'habituer notre esprit à la *fréquence possible* de ces accidents et alors le diagnostic deviendra facile.

L'examen du malade ou la bactériologie nous feront éliminer tout d'abord, à première vue, les entéropathies nerveuses, les entérites microbiennes à pneumocoques, à streptocoques, etc. Il nous faudra songer aussi aux maladies infectieuses à forme intestinale, comme le choléra, la grippe, etc. Mais, outre le caractère épidémique de ces affections, l'examen bactériologique suffira pour nous éclairer amplement.

Puis nous mettrons toute la sagacité dont nous sommes capables à dépister les *antécédents* acquis ou héréditaires du malade.

Nous rechercherons la *coexistence* des manifestations spécifiques et il est bien rare avec tout cela que nous n'arrivions promptement à nous faire une opinion.

Il ne faudra pas confondre la typhose syphilitique avec une fièvre typhoïde, l'examen bactériologique lèvera tous les doutes à ce sujet.

Le diagnostic le plus difficile est évidemment entre la *syphilis*, *la dysenterie chronique* et la *diarrhée des pays chauds* (diarrhée de Cochinchine). Dans cette forme de diarrhée des pays chauds, on ne trouve, en effet, ni selles sanglantes, ni ténesme ; les selles ne s'accompagnent pas de coliques et elles ont lieu surtout le matin et après les repas. De plus, la syphilis intestinale, de même que la diarrhée des pays chauds, n'est

pas entrecoupée de périodes aiguës comme dans la dysenterie chronique qu'on observe surtout chez les paludéens, les scorbutiques et les cachectisés par l'âge et la nature.

Dans la dysenterie chronique et la syphilis intestinale, les lésions affectent surtout le même siège; mais les ulcérations de la dysenterie présentent des particularités que l'histologie révèle et que l'on ne rencontre pas dans la syphilis.

On ne pourra pas non plus confondre la syphilis intestinale avec les entérites par intoxications et la diarrhée chronique des leucémiques à la période de cachexie, sur lesquels nous n'insisterons pas.

Quant au diagnostic avec les lésions tuberculeuses de l'intestin, il est parfois fort difficile à établir et l'on ne peut guère avoir de probabilités que par l'aspect extérieur du malade et ses antécédents héréditaires. La bactériologie et l'expérimentation sur l'animal peuvent, seules, nous donner des indications à peu près certaines.

La méthode de Wassermann ici encore nous sera précieuse.

B. — Segment inférieur de l'intestin.

On ne confondra pas une syphilide ulcéreuse de l'anus avec une *fissure*. Nous savons que les douleurs sont infiniment violentes et n'ont pas le même caractère.

Pour le rétrécissement syphilitique ainsi que pour le syphilome le diagnostic est très simple puisque nous savons que ces deux accidents sont toujours inférieurs

et par conséquent facilement accessibles par le toucher.

Au début la *difficulté sera d'y penser*. Ceci semble enfantin; il faut croire pourtant que la question est plus sérieuse qu'on ne pourrait le supposer puisque le professeur Fournier, dans son admirable ouvrage, a jugé bon d'accorder deux belles pages à ce petit point. *On n'y pense pas*, de même qu'il vient difficilement à l'esprit de voir la syphilis derrière une simple diarrhée.

Le plus souvent la constipation nous donne le change, on l'attribue à une cause banale et on se laisse aveugler par un phénomène aussi vulgaire que fréquent.

D'autres fois des selles liquides diarrhéiques, mucopurulentes nous feront penser plutôt à la dysenterie.

De même, confiant dans l'interrogatoire du malade on pourra prendre un syphilome pour des hémorroïdes, alors qu'un simple examen suffirait; mais cet examen il faut évidemment penser à le pratiquer.

De là le précepte de Fournier :

« Dans tous les cas où des symptômes sont accusés vers l'anus ou le rectum l'indication formelle est de s'assurer directement par la vue — et même par le toucher, au besoin — de l'état anatomique des parties. — *A fortiori* ce précepte est-il applicable, si l'on a affaire à des sujets syphilitiques ou pouvant être suspectés de syphilis. Dans ce cas spécial, l'examen direct est indispensable, le toucher même est de rigueur ».

Mettons en garde en passant nos collègues contre les examens brutaux. Il ne faut jamais forcer un rétrécissement; il y a des cas d'accidents *mortels* (cas de Lannelongue, cas de Le Dentu).

Pour savoir si la lésion est bien syphilitique, nous nous baserons sur la notion des antécédents, les signes actuels de spécificité, les caractères propres de la lésion (étudiés plus haut) et enfin l'exclusion des autres causes possibles de rétrécissement (traumatismes, dysenterie, cancer).

Les *traumatismes* sont rares, on les constatera du reste aisément.

Pour la *dysenterie* le diagnostic sera encore plus évident, le laboratoire du reste ne permet aucun doute.

Reste le CANCER qui donne un rétrécissement ayant avec celui qui nous occupe un grand nombre de points communs.

En clinique on se basera sur les différences suivantes : le cancer est une *tumeur* à proprement parler, il est massif; à côté de lui l'existence de tubérosités satellites est un excellent signe. Le rétrécissement cancéreux est irrégulier, bosselé, marronné, le tout saigne facilement au doigt. Enfin, le cancer envahit la région voisine, ce qui ne peut se produire dans la syphilis.

Mais actuellement, grâce au laboratoire, ce diagnostic qui offrait quelquefois des difficultés réelles s'est infiniment simplifié.

Hahn, Kort, Jullien ont signalé des rétrécissements consécutifs à la rectite blennorragique. Ces cas sont exceptionnels.

PRONOSTIC

Nous avons vu que la *diarrhée* des nouveau-nés est rapidement mortelle si le traitement n'intervient pas ; au contraire, traitée de bonne, heure elle cède facilement (Cullerier, Sevestre, Balzer).

L'enfant observé par Darier et Feulard n'avait été traité que pendant le quatrième mois, il survécut cependant jusqu'au onzième mois.

Les *hémorragies* sont le plus habituellement mortelles, le pronostic en est très assombri. J'ai pourtant vu deux cas de guérison à la Clinique Tarnier.

L'entérite secondaire est habituellement bénigne et cède facilement au traitement.

Méconnues les *entéropathies tertiaires* aboutissent tôt ou tard à la consomption lente et progressive à moins qu'une complication aiguë n'en vienne abréger le cours.

C'est donc un pronostic sérieux d'autant plus que les récidives fréquentes aggravent encore la situation.

On a vu de ces diarrhées réapparaître deux ans après une guérison factice.

Les *gommes* et les *syphilides ano-rectales* disparaissent assez rapidement sous l'action d'un traitement intensif. Méconnues nous avons vu qu'elles peuvent se compliquer de phagédénisme, de fistules, etc.

Pour *le rétrécissement* le pronostic est toujours sérieux et grave d'abord, parce que pour ainsi dire, jamais il n'est reconnu assez tôt pour que le traitement puisse agir, puis ensuite parce que, une fois installé, le rétrécissement échappe à la thérapeutique. Il faut alors avoir recours à la chirurgie et ces opérations toujours d'un résultat fonctionnel médiocre ne sont pas sans danger.

Enfin le rétrécissement est grave parce que des complications locales (abcès, péritonite) des suppurations interminables des troubles nutritifs aboutissant à la cachexie, peuvent venir s'ajouter et cela assombrit encore le pronostic.

TRAITEMENT

I. — Syphilis héréditaire.

Il faut d'abord donner du mercure à la mère, il est bien entendu qu'elle seule devra allaiter son enfant. Il faut aussi et surtout traiter le nouveau-né.

Dans la dernière édition de son magistral traité d'accouchements mon maître vénéré M. le professeur Bar prescrit le traitement suivant :

« On peut faire chaque jour des frictions dans les plis de flexion avec 2 ou 3 grammes d'onguent mercuriel ou bien faire prendre à l'enfant X à XX gouttes de liqueur de Van Swieten dans un peu de lait en 4 fois dans la journée. Actuellement beaucoup d'accoucheurs préfèrent les injections de sels mercuriels solubles faites sous la peau de la région dorsale. On peut employer avec avantage la solution indiquée par Schwaab et Levy Bing.

Biiodure de mercure. . . .	0,05 centigrammes.
Iodure de sodium	0,05 —
Eau distillée	10 grammes.

que l'on donne à la dose de IV gouttes.

On a traité également le nouveau-né par le salvarsan. Bar a administré ce médicament en injections intramusculaires à la dose de 0 gr. 03 chez les enfants à terme.

Le pemphygus et les lésions cutanées disparaissent très rapidement mais la disparition des accidents coïncidant même avec une réaction de Wassermann négative n'implique pas que la guérison soit définitive.

Il ne faut l'employer qu'avec prudence en cas de manifestations cutanées ou muqueuses graves, et quand le traitement mercuriel ne donne pas de résultats satisfaisants (Chambrelent).

Dans les cas d'hémorragies, de mélæna surtout, j'ai vu à la Clinique Tarnier de bons résultats avec le *sérum gélatiné*. On injecte 20 grammes environ de sérum gélatiné sous l'omoplate deux fois par jour et l'on donne en même temps 4 à 6 cuillerées de chlorure de calcium à 1 p. 100. Le tout associé au traitement spécifique. J'ai cité au cours de ce mémoire une observation caractéristique a ce sujet (Voir obs. 31.)

II. — Syphilis acquise.

Les observations d'entérite *secondaire* sont très rares, pour ne pas dire *exceptionnelles*.

Dans le cas que nous publions nous avons obtenu la guérison par un traitement mercuriel intensif combiné avec le traitement classique des diarrhées (astringents, acide lactique, bismuth, opium).

Nous renvoyons nos lecteurs à l'ouvrage si complet

du professeur Fournier sur la syphilis s'ils tiennent à se renseigner sur le traitement des névroses secondaires que j'ai signalées au cours de ce mémoire et que le maître a si magistralement étudiées.

Dans les syphiloses *tertiaires* intestinales le traitement spécifique s'impose évidemment. On peut donner l'*iodure de potassium seul*. Il y a des observations en sa faveur ; nous citerons le cas : de Cullerier (Voir obs.).

Mais son grand défaut est de permettre des *récidives* il « *blanchit* » mais « *laisse revenir* » ce « n'est pas une sauvegarde » contre l'avenir (Fournier).

Le mercure seul a eu aussi ses partisans. Trousseau a traité par le mercure une jeune femme chez qui la diarrhée avait résisté, pendant treize mois, à de nombreux médicaments : ayant été mis sur la voie du diagnostic par la céphalée nocturne, les douleurs ostéocopes, les gommes de l'humérus et des tibias, il prescrivit d'abord de la liqueur de Van Swieten et d'autres préparations hydrargyriques qui furent mal supportées. Les bains de sublimé calmèrent rapidement tous les accidents.

Le *traitement mixte* au contraire est celui qui est presque adopté à l'unanimité actuellement, c'est celui qui donne les meilleurs résultats (cas de Lereboullet, de Suarez de Mendoza).

Mais comment administrer le mercure ? Contrairement à ce que l'on pourrait penser, et ici l'expérience contredit une induction très rationnelle, la voie digestive n'est pas contre-indiquée, au contraire.

Il y a plusieurs observations ou le protoiodure et la

liqueur de Van Swieten surtout, n'ont pas seulement été bien tolérés, mais ont guéri (cas d'Edmond Fournier).

Malgré cela les auteurs conseillent soit la voie hypodermique, soit les frictions. Les *injections hypodermiques* sont logiquement le traitement de choix. On associera à la médication spécifique une hygiène alimentaire appropriée.

La syphilis rectale exige une *cure mixte intensive*, mercure *in situ*, injections intramusculaires de calomel, d'huile grise ou de sels solubles, iodure par la voie buccale.

Pour Fournier « la forme gommeuse est curable mais, dit-il, *le traitement antisyphilitique n'exerce aucune influence curative sur le rétrécissement syphilitique confirmé* ».

Il n'en est pas de même des lésions qui précèdent le rétrécissement; les observations sont exceptionnelles, c'est vrai, mais elles sont indéniables : cas de Vidal (de Cassis), les deux cas de Godebert, les deux cas de Trélat, l'observation de Verneuil, celle de Fournier lui-même.

Contre le rétrécissement confirmé nous sommes impuissants, la parole est à la chirurgie. Tout au plus pouvons-nous surveiller l'état général et favoriser la régularité des selles en surveillant l'hygiène alimentaire, par des lavements, des purgatifs, mais en en n'usant qu'avec réserve.

J'ai, dans cette revue rapide du traitement, laissé de côté de propos délibéré, le 606.

Dans les recherches, malheureusement un peu hâtives que j'ai faites je n'ai rien trouvé au point de vue qui nous intéresse.

Il serait curieux de rechercher son effet sur les rétrécissements jeunes, *a priori* il ne nous paraît pas très indiqué dans les entéropathies.

OBSERVATIONS

En reproduisant ici les diverses observations de syphilis intestinale que nous avons trouvées au cours de nos recherches, nous en indiquerons autant que possible la source exacte, espérant ainsi faciliter la tâche à ceux qui après nous s'occuperont de la question.

Observation 1.

(Observation I du docteur Cullerier, chirurgien de Lourcine.)

Femme enceinte. Gommes disséminées. Ulcère du voile du palais. Diarrhée continuelle. Traitement spécifique. Amélioration notable. Cessation du traitement; aggravation et mort.

La nommée Cœuret, entre, pour la seconde fois, à Lourcine, le 16 février 1854, enceinte de neuf mois et commençant déjà à sentir quelques douleurs d'enfantement. Dans les premiers jours de décembre elle avait quitté l'hôpital après un séjour de deux mois pour des tumeurs gommeuses sur diverses parties du corps, une ulcération du voile du palais et une périostose de l'un des tibias. Soumise alors pendant 7 se-

maines à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 ou 3 grammes par jour, il avait fallu, à plusieurs reprises, le suspendre à cause de la diarrhée qui était presque continuelle. Cependant les accidents syphilitiques disparaissent, et à l'époque de sortie, qu'elle demandait pour des affaires urgentes, elle ne conservait guère qu'un peu d'empâtement sur la surface du tibia malade. Je n'insistai pas pour lui faire continuer plus longtemps son traitement ni pour la retenir à l'hôpital, parce qu'il y avait en ce moment quelques cas de choléra dans les salles et que je craignais que cette diarrhée si tenace ne l'y prédisposât.

Lorsqu'elle rentra, le 16 février, elle nous dit que depuis sa sortie, le dévoiement avait continué et qu'il avait été plus fort que lorsqu'elle prenait l'iodure de potassium. Elle était entièrement décolorée et toute sa peau offrait la teinte pâle et jaunâtre des anémiques. Le lendemain de son entrée, elle accoucha d'un garçon assez chétif qui mourut au bout de quelques jours. L'accouchement, qui s'était fait facilement, n'arrêta pas la diarrhée, comme je l'avais espéré, et nous vîmes échouer tous les moyens employés, eau de riz avec sirop de coings ou de grande consoude, décoction blanche de Sydenham, diascordium, lavements astringents de toute espèce, opium sous toutes les formes. La malade, dont les extrémités présentaient un œdème considérable finit par succomber dans le dernier degré de la faiblesse.

A l'autopsie, on trouva du liquide dans toutes les cavités séreuses, mais rien de particulier dans les poumons, dans le cœur, ni dans le foie, si ce n'est que tous ces organes étaient complètement décolorés. L'estomac paraissait sain ainsi que l'intestin grêle; mais dans toute l'étendue du gros intestin on voyait un grand nombre d'ulcérations, toutes arrondies et à divers états. Les unes, récentes, siègent sur une base dure et large; les autres en grande quantité à fond déprimé, gris, jaunâtre et livide; quelques-unes ne comprenant que la muqueuse et laissant parfaitement voir la couche musculeuse;

d'autres plus profondes et ayant intéressé les fibres mêmes de cette couche. Dans plusieurs de ces dernières, les fibres musculaires étaient comme dilacérées et flottaient au milieu de l'ulcération. Toutes offraient un décollement de la muqueuse dans le pourtour de l'ulcération où il y avait un épaississement du tissu cellulaire qui formait comme un bourrelet arrondi avec une ouverture centrale. Il n'y avait aucun engorgement dans le mésentère.

CULLERIER. — *De l'entérite syphilitique* (Union Médicale, 16 novembre 1854).

Observation 2.

(Observation 2 du docteur Cullerier, chirurgien de Lourcine.)

Rupia syphilitique grave. Ulcération du pharynx. Céphalée. Diarrhée. Traitement spécifique. Guérison.

Clémentine V..., 31 ans, a été affectée il y a plusieurs années d'un rupia syphilitique très grave dont elle a été traitée dans mon service. Elle rentre à l'hôpital le 23 mars 1854 pour une ulcération large et profonde de la paroi postérieure du pharynx et une céphalée très pénible. Cette femme est faible, languissante; elle a les extrémités inférieures infiltrées, et souvent même l'œdème envahit le tronc. Elle nous apprend que depuis plusieurs semaines elle est tourmentée par une diarrhée presque continuelle, mais sans grandes coliques, et s'accompagnant d'un sentiment de gêne et de malaise dans le ventre. Il y a de temps à autre, le soir, un petit mouvement fébrile; le sommeil est mauvais.

Je cherchai à combattre la diarrhée par des astringents locaux et généraux et par des opiacées, mais ils ne produisirent aucune amélioration. Il en fut de même des lavements au nitrate d'argent sur lesquels je n'insistai pas longtemps à

cause des pincements pénibles qu'ils exerçaient dans l'intestin, surtout vers le rectum.

Quinze jours s'étant écoulés sans rien changer dans l'état de la malade qui s'affaiblissait de plus en plus et dont l'œdème augmentait, je pensai à agir sur l'intestin par un moyen spécial. Je prescrivis une solution d'un gramme d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau qui furent donnés en lavement. Puis voyant que ce lavement était assez bien supporté malgré quelques coliques assez vives au moment et quelques heures après l'injection, j'en portai successivent la dose jusqu'à 5 grammes dans 200 grammes d'eau.

Au bout de 25 jours de traitement les coliques diminuèrent progressivement, la diarrhée cessa complètement, l'œdème des jambes disparut, les forces revinrent peu à peu, la face se colora, il y eut de l'appétit et du sommeil.

Le traitement interne ne pouvant pas être supporté, même à doses minimes, à cause d'une grande susceptibilité de l'estomac, ou se borna à toucher tous les deux jours, et quelquefois plus, l'ulcération de la gorge avec une solution caustique d'iode : et sous l'influence de cette seule médication, elle marcha rapidement vers la cicatrisation.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de mai, non pas guérie complètement, mais dans un état très satisfaisant. J'ai eu depuis l'occasion de la revoir, et j'ai appris que la diarrhée n'avait pas reparu.

CULLERIER (*loc. cit.*)

Observation 3.

(Observation 3 du docteur Cullerier, chirurgien de Lourcine.)

Rupia. Cachexie avancée. Diarrhée intense. Traitement spécifique. Guérison.

Hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 18, est une malade affectée aussi d'un rupia qui l'avait réduite, lors de son entrée, à un état de cachexie des plus avancés. Outre les productions écailleuses noirâtres et épaisses et de nombreuses ulcérations cutanées consécutives à la chute de quelques-unes de ces croûtes, cette femme était tourmentée par une diarrhée intense contre laquelle échouèrent tous les moyens ordinaires.

Bien qu'il n'y eût chez elle aucune altération syphilitique fibreuse ou cellulaire appréciable, je pensai néanmoins que l'intestin pourrait être le siège d'ulcérations semblables à celles de ma malade de ma première observation, c'est-à-dire de gommes sous-muqueuses ulcérées, et je prescris l'iodure de potassium en lavement. La malade en prit régulièrement tous les jours 4 grammes dans 250 grammes d'eau. Ces lavements furent très bien supportés, et au bout d'un mois on en cessa l'usage, la diarrhée ayant disparu. Mais bientôt celle-ci revint avec une nouvelle intensité, peut-être par suite de quelques écarts de régime; bref, après six semaines encore du même moyen, la diarrhée diminua chaque jour, puis elle cessa pour ne plus reparaître. La malade put supporter le traitement interne mixte par le proto iodure de mercure et l'iodure de potassium; elle put prendre des bains de vapeur, des fumigations, etc.; ce qui avait été impossible tant qu'elle avait conservé la diarrhée, qui était une grande cause d'affaiblissement. Aujourd'hui cette femme est loin d'être guérie de son affection cutanée;

mais, depuis longtemps, elle n'éprouve plus de symptômes fâcheux du côté du ventre.

CULLERIER (*loc. cit.*)

Observation 4.

(Observation 4 du docteur CULLERIER, chirurgien de Lourcine.)

Syphilis tertiaire. Large ulcération de la voûte. Exostose de la clavicule. Diarrhée continuelle. Traitement spécifique accepté avec répugnance par le professeur Fouquier à cause de la diarrhée. Guérison.

Un homme de 40 ans, affecté de syphilis tertiaire caractérisée par une large ulcération du voile du palais et par une exostose de l'une des clavicules. Le malade avait fait en province une suite de traitements mercuriels tant pour cette affection que pour les précédentes.

Il était dans la cachexie la plus avancée, sans force aucune, sans sommeil, sans appétit et tourmenté par une diarrhée continuelle. Je proposai immédiatement l'iodure de potassium sans tenir compte de l'état du ventre, et j'ai encore présenté à la mémoire la répugnance qu'éprouvait M. Fouquier à laisser commencer ce traitement, tant il redoutait l'aggravation de la diarrhée. Je fis prévaloir mon opinion en insistant sur ce que, si l'on ne faisait rien à ce malade, il serait infailliblement mort avant peu de temps, et l'iodure de potassium fut donné à la dose de 1 gramme par jour, en même temps que le malade était mis à l'usage du lait d'ânesse.

Sous l'influence de ce traitement une amélioration rapide eut lieu, et au bout de quinze jours la dose du potassium ayant été portée à 2 grammes le malade pouvait sans inconvénient manger de la viande rôtie. Cependant, bien que ses forces revinssent graduellement, la diarrhée continuait et elle ne cessa entièrement qu'après cinq ou six semaines de traitement et à mesure que, d'un autre côté, l'ulcération du voile

du palais se rétrécissait et que l'exostose était réduite à très peu de chose.

Professeur Fouquier, cité par Cullerier (*loc. cit.*)

Observation 5.

(Observation de M. le docteur Parrot.)

Enfants morts en quelques jours. Lésions spécifiques de l'intestin.

Deux enfants de mon infirmerie, morts quelques jours après leur naissance et sur lesquels se développa rapidement une syphilis bulleuse, présentaient une lésion intestinale ayant le même aspect et la même constitution histologique. Je n'hésite pas à la considérer comme due à la syphilis à cause de son analogie, je puis dire de son identité, avec les altérations d'autres viscères constatées sur ces malades ou sur d'autres sujets, et d'une origine incontestablement syphilitique. Vous allez voir que par quelques caractères elle se rapproche de celles observées en Allemagne, et qu'elle s'en éloigne par d'autres. Les différences me semblent devoir être attribuées à l'âge peu avancé des sujets qu'ont observés Forster, Eberth et Oser.

La lésion, plus apparente du côté du péritoine qu'à la face interne de l'intestin, occupe, au niveau des plaques de Peyer, des surfaces qui dépassent la limite de ces plaques, en s'avançant vers le bord mésentérique. Les parties malades sont plus épaisses, plus opaques et plus injectées que celles du voisinage. Elles sont couvertes de petites taches blanches assez régulièrement disposées suivant des lignes parallèles à l'axe intestinal, et semblables à un semis de grains de farine et de semoule. Du côté de la muqueuse il y a un léger gonflement. La dissection et l'examen histologique de préparations fraîches montrent que la tunique musculeuse est particulièe-

rement altérée et que les grains blancs sont constitués par des corpuscules embryonnaires groupés en amas fusiformes ou sphéroïdaux, souvent entourés de graisse et d'autant plus volumineux qu'ils sont plus rapprochés du centre de la région malade. Très probablement ils sont dus à l'irritation et à la multiplication consécutive des noyaux musculaires. Ce n'est pas seulement autour des amas nucléaires que l'on trouve la graisse; il y en a aussi dans d'autres points où les noyaux n'ont pas proliféré.

Les granulations graisseuses affectent dans ce dernier siège une disposition fusiforme comme le protoplasma périnucléaire. Cela est surtout très apparent à la limite des parties altérées.

Les petits grains d'un blanc crayeux, qui rappellent ceux de la semoule ou de la farine, et qui sont constitués par une accumulation de cellules embryonnaires sont caractéristiques de la syphilis héréditaire. Je vous les ai signalés dans l'estomac; nous les retrouverons dans le foie et dans les capsules surrénales.

PARROT. — *Presse médicale*, 1897.

Observation n° 6.

(Observation de MM. le Professeur HAYER et TISSIER).

Etat typhique. Diarrhée abondante. Mort.
Lésions syphilitiques de l'intestin.

Une femme de 32 ans est apportée à l'hôpital dans un état de stupeur adynamique. Elle présente tous les signes d'une dothiénentérie (inutiles à reproduire ici) notamment une diarrhée abondante. On remarque cependant l'absence de divers symptômes, tels que taches rosées, épistaxis, tuméfaction de la rate et phénomènes thoraciques. — En outre, on relève sur elle (sans parler d'une hémiplégie survenue l'année précédente et guérie en deux mois) des témoi-

gnages incontestables de syphilis, à savoir syphilides papulo-squameuses en placards, de couleur rouge-brun avec reflets cuivrés, sur le thorax, le ventre, le dos et les cuisses; — adénopathies inguinales légères; — et syphilides papulo-hypertrophiques au niveau de l'anus. — Traitement par frictions mercurielles et injections de peptonate de mercure. — Très rapidement, l'état s'aggrave : délire, céphalalgie, somnolence; puis refroidissement, cyanose, et mort.

L'autopsie révèle comme seules lésions : dans le cæcum, plusieurs ulcérations de dimensions différentes, dont la plus grande mesure 15 millimètres verticalement sur 5 millimètres de largeur; ulcérations circulaires ou ovalaires, entourées d'une auréole rouge, à bords offrant une induration notable, à fond blanchâtre et rempli d'une matière puriforme; — dans le côlon ascendant, deux érosions assez longues, mais étroites, dans le côlon transverse, deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à bords indurés, etc.

Revue de médecine, avril 1899.

Observation 7.

(Observation de M. le docteur Lerebouillet. Communication faite à l'Académie de médecine en 1900).

Hémorragies intestinales. Diarrhée chronique. Traitement spécifique. Guérison.

Homme de 34 ans, marié depuis 8 ans, et de constitution robuste. Il est pris, il y a 18 mois, d'hémorragie intestinale assez profuse, qui se reproduit plusieurs fois à quelques jours d'abord, puis à quelques semaines d'intervalle.

Aux hémorragies, succède bientôt une diarrhée chronique accompagnée d'épreintes douloureuses. Malgré l'emploi prolongé des traitements les plus divers, cette diarrhée avait persisté. Depuis plusieurs mois le malade souffrait de coliques et

de ténesme rectal avec besoins fréquents de défécation jour et nuit, toutes les demi-heures parfois, toutes les deux heures au moins, il rendait avec de vives douleurs un petit paquet de mucosités sanguinolentes. L'insomnie, les douleurs intestinales, l'anxiété avaient amené une inappétence absolu, un amaigrissement extrême et un état de faiblesse très grand. Le malade se croyait atteint d'un cancer du rectum, affection dont son père était mort.

A l'examen de l'abdomen, je trouve la paroi abdominale amaigrie et tendue, l'intestin ballonné; tympanisme au niveau du côlon ascendant et sous le foie. Rien dans la région de l'appendice; ni entéroptose, ni dilatation de l'estomac; rien du côté de l'S iliaque ou du rectum. Foie normal, langue sale, très chargée, rouge à la pointe et sur les bords. Rien au cœur et aux poumons. Ganglions indurés dans les aines; ganglions sus-épitrochléens et cervico-postérieurs.

Le malade ayant eu la syphilis, il y a 15 ans, je lui déclare que, ne pouvant admettre l'existence d'une dysenterie simple ou parasitaire, ni d'une tuberculose intestinale, je croyais, ou bien à un cancer de l'intestin ou bien à une syphilis intestinale; que malgré les antécédents héréditaires et bien que l'évolution du cancer de l'intestin soit parfois très longue surtout chez les sujets d'un âge peu avancé, je soupçonnais l'existence d'ulcérations syphilitiques multiples à la surface de la muqueuse de la première partie du gros intestin; que l'hypothèse, si elle était justifiée, serait la plus favorable; que, dès lors, avant de consulter un chirurgien, je proposais de demander l'avis de M. le professeur Fournier.

Cette idée ayant été accueillie favorablement, je priai mon éminent collègue de venir avec moi voir le malade à l'hôtel où il était descendu.

Le 3 juillet. M. Fournier examina le malade, ne constata aucune lésion d'aucune nature par le toucher rectal et conclut qu'avant tout il importait d'instituer un traitement antisyphilique intensif.

Dès le lendemain, M. le docteur Fournier voulut bien, sur les indications de son père, commencer des injections journalières d'huile biiodurée, en même temps que je conseillais un régime alimentaire composé exclusivement de lait, de laitage, d'œufs et de purées de légumes et que je faisais prendre par jour des doses progressives (de 3 à 7 grammes) d'iodure de potassium associé, pour éviter l'intolérance, de faibles doses d'arsenic et de belladone.

Ce traitement fut continué du 4 au 15 juillet et très rapidement une amélioration inespérée se manifeste. Dès le 12, les garde-robes étaient devenues presque régulières.

Les injections sous-cutanées étant assez douloureuses et le malade désirant faire un voyage d'affaires en Angleterre, je l'y autorisai à la condition qu'il revînt rapidement pour se soumettre à Uriage à un traitement par frictions mercurielles dirigé par le docteur Doyen.

Le malade passa presque tout le mois d'août à Uriage. Il se sentait si bien qu'il pût aller faire un voyage en Suisse, et, lorsque je le revis au mois de septembre, il pouvait être considéré comme absolument et définitivement guéri.

Depuis dix mois, cette guérison s'est maintenue.

Bulletin Académie de médecine, séance du 3 juillet 1900.

Observation 8.

(Observation 1 de M. le professeur Fournier. — Communication faite à l'Académie de médecine en 1900.)

Diarrhée rebelle. Troubles cérébraux. Traitement spécifique. Guérison.

Homme de 30 ans, de très bonne santé habituelle, syphilis remontant à 4 ans. Depuis 6 à 8 mois, diarrhée survenue sans cause, et souvent accompagnée d'une douleur transversale en « barre » suivant le trajet du côlon. Trois à quatre selles

liquides par jour. Echec absolu de diverses médications antidiarrhéiques. A ce moment, invasion de troubles cérébraux divers contre lesquels est prescrite une médication intensive par frictions mercurielles et iodure de potasium. Tout aussitôt la diarrhée s'apaise, puis se supprime en quelques semaines, pour ne plus reparaître au delà. Guérison parallèle des symptômes cérébraux.

(*Bulletin Académie méd.*, 1900).

Observation 9.

(Observation 2 de M. le professeur Fournier.)

Diarrhée rebelle. Coliques. Arthropathie. Traitement spécifique. Récidives. Guérison.

Femme de 30 ans, de bonne constitution et sans tare héréditaire. Mariée à un sujet syphilitique, dont elle a sans doute contracté la syphilis conceptionnellement. Fausse couche. Quelques années plus tard, arthropathie subaiguë, puis chronique, d'un genou; cette arthropathie, qu'on ne sait à quoi rapporter et que, faute de mieux, on a considérée comme rhumatismale, résiste à de nombreux traitements. Un an plus tard, invasion d'une diarrhée d'abord légère, puis intense. En moyenne, 8 selles par jour; fort souvent, 10, 12 et 15 selles dans les 24 heures, au point que la malade ne peut guère faire une promenade sans entrer dans une latrine publique et qu'elle dit en plaisantant « connaître tous les water-closets de la capitale ». En outre, douleurs abdominales parfois très vives, au point d'avoir donné le soupçon de quelque complication utérine. Examinée à ce dernier point de vue et reconnue parfaitement saine. Impuissance absolue d'une interminable série de médications antidiarrhéïtiques. Quinze mois plus tard, douleurs erratiques dans les os des membres, puis surtout à la plante des pieds; sensibilité du genou accrue,

avec léger épanchement. A ce moment, de guerre lasse, on prescrit empiriquement la liqueur de Van Swieten, à la dose d'une grande cuillerée par jour. Résultat étonnant sur tous les divers symptômes : disparition des douleurs osseuses et des douleurs abdominales; disparition de l'hydarthrose et de la gêne fonctionnelle du genou; disparition de la diarrhée, en l'espace d'un mois environ.

Depuis lors, quelques légères récidives de diarrhée, toujours combattues avec plein succès par la liqueur de Van Swieten, que parfois même la malade se prescrit de son chef. Actuellement et depuis plusieurs mois, santé excellente, absence de toute douleur, selles régulières, et parfois même constipation.

(*Bulletin Ac. Méd.*, 1900).

Observation 10.

(Observation III de M. le professeur Fournier).

Enfant de 22 mois. Diarrhée rebelle. Traitement spécifique. Guérison.

Petit enfant de 22 mois, issu d'un père syphilitique et d'une mère saine, qui a été guéri une première fois par la liqueur de Van Swieten, d'une diarrhée chronique, ayant résisté à une foule d'autres remèdes, et chez lequel, de plus, le même agent a enrayé plusieurs récidives ultérieures. L'action curative de cette liqueur est d'évidence telle sur l'enfant en question que plusieurs fois sa mère n'a pas attendu ma visite pour y avoir recours et qu'elle me disait encore dernièrement ceci en propres termes : « Dès que Bébé est repris de sa diarrhée, je lui donne son Van Swieten et tout rentre dans l'ordre en quelques jours ». N'est-ce pas ici le cas ou jamais, dit M. Fournier, de répéter une fois de plus le vieil adage : *Naturam morburum curationes ostendant*?

(*Bull. Ac. Méd.*, 1900).

Observation 11.

(Observation IV de M. le professeur Fournier.)

Douleurs osseuses intenses. Diarrhée. Exostose humérale. Traitement spécifique. Guérison.

Un homme de 62 ans vient réclamer mes soins, en octobre 1897, pour « d'affreuses douleurs » dont il souffre depuis 4 mois au niveau des cuisses et de l'épaule gauche. Il accuse de plus une diarrhée notablement intense, durant depuis 18 mois au moins, et restée réfractaire à une série de médications les plus diverses. Je l'examine. Rien d'appréciable ni aux cuisses, ni à l'abdomen; mais, en revanche, constatation facile d'une grosse exostose affectant la tête humérale. Sur cette donnée et sur l'aveu d'une syphilis remontant à 40 ans (veuillez au passage remarquer ce tertiarisme à aussi lointaine échéance), je prescris l'iodure de potassium à bonnes doses. Résultats : sédation presque immédiate des douleurs osseuses; diminution, puis disparition absolue, après 31 jours (exactement), de l'exostose humérale; diminution, puis guérison (en deux mois environ) de la diarrhée, laquelle n'a plus reparu depuis 4 ans.

(*Bull. Ac. Méd.*, 1900).

Observation 12.

(Observation V de M. le professeur Fournier.)

Diarrhée rebelle; exostose humérale; violentes douleurs ostéocopes du fémur; traitement spécifique. Guérison.

(*Bull. Ac. Méd.*, 1900).

Observation 13.

(Observation VI de M. le Professeur Fournier.)

Diarrhée rebelle ; arthropathie du genou ; traitement spécifique. Guérison.

(*Bull. Ac. Méd.* 1900).

Observation 14.

(Observation VII de M. le professeur Fournier.)

Diarrhée rebelle ; reliquat d'une ancienne syphilis du cerveau ; céphalée récente et périostose de l'arcade sourcilière ; traitement spécifique. Guérison.

(*Bull. Ac. Méd.*, 1900).

Observation 15.

(Observation VIII de M. le professeur Fournier.)

Diarrhée rebelle ; neurasthénie ; traitement spécifique. Guérison.

(*Bull. Ac. Méd.*, 1900).

Observation 16.

(Observation IX de M. le professeur Fournier.)

Gomme de la marge de l'anus. Fistule malgré le traitement. Intervention. Guérison.

Jeune homme syphilitique depuis deux ans En octobre 1876, il vient me montrer une petite tumeur sous-cutanée, siégeant

à 8 millimètres environ de l'orifice anal, tumeur dure et indolente, dont il s'est aperçu par hasard depuis quelques jours. Je soupçonne, vu les antécédents, une gomme syphilitique et prescris un traitement spécifique. Mais, le malade partant en voyage, ce traitement n'est pas suivi. Six semaines plus tard, je revois mon client. La tumeur s'est accrue. Elle a aujourd'hui le volume d'un petit pruneau. Elle est encore presque indolente et toujours dure, sauf à son point central où l'on perçoit un début de ramollissement. — Traitement : bains et iodure de potassium. — Dix jours après la tumeur s'ouvre et laisse écouler « un peu d'humeur »; mais elle ne s'affaisse pas et reste dure presque intégralement. — Quatre semaines plus tard, elle a presque disparu, mais reste fistuleuse. — En dépit de tout traitement, la fistule persiste. En janvier, un stylet y pénètre facilement à une profondeur de 3 centimètres et s'engage dans la direction de l'anus. Le malade affirme qu'il « s'en échappe parfois des gaz et des liquides fécaloïdes ». Néanmoins il recule longtemps devant une intervention chirurgicale, quoi que je puisse dire. — Opéré enfin en août. Guérison.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis.* Période tertiaire, t. II, p. 506.

Observation 17.

(Observation X de M. le professeur FOURNIER.)

Anorexie absolue. Anesthésie. Guérison.

Une jeune femme du high-life parisien (c'est tout dire comme hygiène) vers le septième mois d'une syphilis tout au plus moyenne en tant que manifestations spécifiques, mais féconde en accident nerveux, se prit à perdre l'appétit, et cela d'une façon complète, absolue, au point d'en arriver à passer des journées sans ingérer autre chose que quelques

insignifiantes friandises. Elle tomba bientôt, tout naturellement, dans un état de langueur et d'anesthésie générale, elle eut même à plusieurs reprises, de réelles défaillances. Inutile d'ajouter qu'elle ne supportait plus aucun remède, qu'elle avait pâli et maigri d'une façon considérable, bref qu'elle s'était étiolée au point de ne plus être que « l'ombre d'elle-même »; si bien que dans son entourage, on disait déjà qu'elle « s'en allait de la poitrine ». Vainement, jusqu'alors, je m'étais prodigué en conseils, en avertissements au point de vue de son hygiène, qui était déplorable comme oisiveté, comme absence d'exercice, d'air et de lumière, lorsqu'un beau jour, contre toute attente, la malade prit la résolution subite de modifier enfin son genre de vie. Elle se leva de bon matin, se fit conduire chaque jour au bois de Boulogne, où elle s'entraîna à la marche, se soumit à l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, consacra tous ses après-midi à de longues promenades en voiture, etc. Ce fut alors un changement à vue. Quinze jours après, elle mangeait « presque à son ordinaire », et, deux mois plus tard, elle était rétablie.

Fournier. — *Traité de la syphilis*, vol. I. p. 717.

Observation 18.

(Observation XI de M. le professeur Fournier.)

Anorexie complète. Guérison.

Femme affectée d'une syphilis assez grave et prodigieusement féconde en accidents nerveux. C'était, il faut le dire, une de ces femmes de boudoir qui ne vivent que pour la toilette et le bal, qui ne se lèvent jamais avant l'après-midi ou presque le soir, et pour lesquelles la marche et le soleil sont choses à peu près inconnues. Elle perdit le peu d'appétit qu'elle avait d'habitude, et le perdit si bien que, pendant plus de six semaines, elle ne put tolérer un atome de pain ou de

viande. Elle se nourrissait d'un biscuit par jour, d'un fruit, de bonbons, de quelques friandises. Cela lui suffisait, bien qu'elle fût apyrétique, bien qu'elle conservât la langue nette et exempte de saburres. Aussi maigrissait-elle à vue d'œil. Quoique désolée d'un tel étiolement, elle se refusait obstinément à manger ; toutes mes instances, toutes ses résolutions même se brisaient devant un dégoût insurmontable pour les aliments : « C'est plus fort que moi, disait-elle, il m'est impossible d'avaler du pain ou de la viande ; cela me répugne trop. » Et, non sans anxiété, je me demandais ce qui allait advenir d'un tel état de choses, lorsqu'un beau jour la détente se fit, les aliments furent supportés, et peu à peu les fonctions digestives se rétablirent.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, vol. I, p. 715.

Observation 19.

(Observation XII de M. le professeur FOURNIER.)

Boulimie intense à répétition coïncidant avec des poussées successives de syphilis.

Femme entrée à l'hôpital en juin une première fois pour des chancres syphilitiques vulvaires. Vers la fin de juin, l'explosion des accidents généraux s'annonça d'abord par des maux de tête violents, des douleurs multiples dans les membres, des accès fébriles intermittents, des phénomènes analgésiques, puis par une syphilide de forme papuleuse. A ce moment et pour un laps de trois à quatre semaines, cette femme « dévora » sans exagération, ne mangeant pas moins de dix rations d'hôpital, non compris les suppléments qu'elle pouvait se procurer. Au sortir de table, après avoir copieusement déjeuné ou dîné, elle se remettait à manger avec une voracité surprenante,

Tous ces phénomènes s'apaisèrent bientôt sous l'influence

du traitement spécifique, et la malade quitta l'hôpital en bon état.

Mais voici qu'en novembre se produisit une poussée nouvelle de syphilis, s'accusant par des syphilides buccales, par des syphilides vulvaires, par des accès fébriles, des douleurs multiples dans la tête, le thorax, les membres, etc. Tout aussitôt la faim s'exagéra derechef; tout aussitôt la boulimie reparut de plus belle, pour durer ce que durèrent les accidents de cette seconde poussée et se dissiper avec eux.

Soit dit au passage, cette double apparition de la boulimie coïncidemment avec des poussées successives de syphilis n'est-elle pas bien faite pour nous édifier sur la pathologie du phénomène et nous montrer l'origine dont il dérive?

FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, vol. I, p. 722.

Observation 20.

(Observation du docteur FRAENKEL.)

(Homme de 53 ans. Occlusion intestinale. Ulcération circulaire de l'intestin grêle.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui, dans les derniers mois de sa vie, présenta des symptômes d'occlusion intestinale, lesquels nécessitèrent une intervention chirurgicale à la suite du diagnostic qui avait été porté de « carcinome sténosant de l'intestin grêle ». Laparotomie et résection intestinale. A l'examen microscopique de la pièce, on trouva une ulcération circulaire de l'intestin grêle au niveau d'insertion du mésentère. L'examen microscopique et histologique révéla l'existence d'une ulcération gommeuse de l'intestin.

FRAENKEL. — *Ueber tertiare Dünndarmsyphilis* (München. med. Wochenschr., 1901, XLVIII, 1262).

Observation 21.

(Observation de M. le docteur Greedy.)

Symptômes graves d'appendicite. Intervention chirurgicale. Appendice normal. Lésions syphilitiques de l'intestin grêle. Traitement spécifique. Guérison.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, souffrant d'une douleur abdominale subite et diffuse accompagnée de vomissements. Je vis le malade deux jours après la première crise et le trouvais dans l'état suivant : céphalalgie frontale violente; polydypsie; respiration laborieuse; langue sale; pas de selles. Pouls plein et bondissant, parfois irrégulier (110 pulsations à la minute), température 120° F. Rigidité des muscles abdominaux avec douleur et sensibilité à la pression de tout l'abdomen. Ballonnement au niveau du point de Mac Burney. Le malade se plaint d'une douleur aiguë allant de la région iliaque droite aux environs du rein droit; cette douleur devient plus violente à la pression et dans les changements de position du corps.

Administration d'atropine et de morphine (un quart de grain) qui diminuent les douleurs et le mal de tête; ablutions à l'éponge pour combattre la fièvre; et glace sur le ventre dans le région de l'appendice où la douleur est la plus forte. Mais la glace semble accroître la douleur; on la remplace par des enveloppements chauds qui produisent un effet manifeste.

Lavements avec une solution chaude de sulfate de magnésie par quantité de 2 à 4 pintes toutes les trois heures.

Ce traitement est suivi pendant quelque temps sans inconvénient, et l'état du malade semblait s'améliorer, lorsque le lendemain je fus informé que mon malade était mourant. Je le trouvai en proie à des douleurs atroces et dans un état de dépression très grande. Hypersensibilité circonscrite au point de Mac Burney. Ni miction, ni selles depuis 72 heures. Le malade est sondé, mais on ne tire qu'une petite quantité

d'urine. Je considère le cas comme critique et n'ai plus d'espoir qu'en une intervention chirurgicale immédiate. Mon avis fut mal accueilli par le malade et ses amis; et ce n'est que quatre heures après mon arrivée, que l'opération fut acceptée. Au cours de l'opération, je trouvai l'appendice absolument normal, sans aucune trace d'inflammation. Seul le petit intestin est affaissé et vide; sa tunique musculeuse renferme de nombreux nodules ayant une teinte gris-bleu et variant de dimensions (depuis le grain de plomb jusqu'à la noisette). On trouve de ces nodules dans toute la longueur de l'intestin, et au voisinage de l'estomac ils donnent au toucher la sensation de grappes de raisin. Les tissus voisins et le foie semblent être envahis par le même processus morbide. Lavage de la cavité abdominale avec la solution saline normale et fermeture de la plaie abdominale par le procédé habituel. A la suite de l'opération, le malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est les inconvénients inhérents à l'anesthésie. Le diagnostic, fait post-opératoirement, est celui de syphilis.

Rien dans l'histoire du malade ne pouvait laisser soupçonner cette affection. D'ailleurs à l'exclusion de la tuberculose, tout chez ce malade, son état général, ses antécédents, les symptômes qu'il présentait, plaidait en faveur de l'appendicite.

Le fait que le traitement spécifique fut suivi de résultats immédiats et satisfaisants semblerait indiquer qu'il ne s'agit pas d'autre chose que de la syphilis. Le traitement médical prescrit à la suite de l'opération consiste en frictions journalières de mercure. A l'intérieur, le malade prend des doses croissantes d'iodure de potassium jusqu'à 1 drachme trois fois par jour. La guérison est ininterrompue, et le malade quitte l'hôpital quatorze jours après l'opération, complètement guéri. J'observe toujours ce malade, et il n'a jamais eu de récidive des symptômes primitifs. Il suit en ce moment, tous les trois mois, le traitement antisyphilitique.

GREEDY. — *Syhilis of the bowels simulating appendicite* (Alcaloïd clin. Chicago, 1903, t. X, p. 917-922).

Observation 22.

(Observation 1 de M. le docteur Suarez de Mendoza, de Paris. Communication faite à l'Académie de médecine en 1904 et au congrès de Lisbonne en 1906.)

M. X..., âgé de 62 ans, est venu à ma consultation le 17 juillet 1902 se plaignant :

1° De troubles visuels qui dataient depuis plusieurs années et que l'usage des verres ne dissipait pas complètement;

2° De bourdonnements assez gênants avec diminution assez sensible de l'acuité acoustique à gauche;

3° De troubles de la voix, revenant de temps en temps et ayant cédé à plusieurs reprises à l'emploi d'un sirop dépuratif et du courant électrique;

4° Finalement d'une diarrhée persistant depuis huit ans et ayant résisté à tous les traitements employés par divers médecins.

Le malade nous raconte, qu'habitant les pays chauds depuis sa jeunesse, il s'est toujours bien porté jusqu'il y a 8 ans, époque où il a eu, à diverses reprises, des accidents du côté des yeux et des oreilles et des troubles de la voix et du mouvement. Quelque temps après, il fut pris à la suite de l'emploi du sirop dépuratif, dit-il, d'une diarrhée qui, d'abord peu gênante, devint finalement insupportable, et par sa fréquence, et par sa résistance à tous les traitements, et par le ténesme qui parfois était intolérable.

Ayant beaucoup maigri, il s'est décidé à venir en Europe.

Divers traitements ayant été suivis en Espagne, sans résultats, le malade vint alors à Paris me demander conseil.

L'examen local me fit constater :

1° Du côté des yeux, outre la presbytie propre à l'âge, de l'astigmatisme hypermétropique très fort. L'ophtalmoscope ne révèle rien d'anormal à droite, si ce n'est une légère stase dans la circulation veineuse; mais à gauche nous constatons

que la pupille est fortement décolorée. Malgré cela, la vision, après correction, est égale à 2/3 et le champ visuel est normal.

Du côté des oreilles, nous constatons de l'obstruction des trompes et de la sclérose de la caisse, très prononcée à gauche. Le cathétérisme et le bougirage de la trompe soulagent immédiatement le malade.

3° L'examen du larynx fait constater la paresse des adducteurs; mais, comme la voix parlée est suffisamment bonne, je l'engage à ne pas s'en occuper et c'est seulement pour lui être agréable, que je consens à lui faire quelques séances d'électricité.

Sans insister sur l'état local, nous dirons, pour ne pas y revenir, qu'après un mois de traitement, le malade se trouva très soulagé de tous les troubles, sauf de ces bourdonnements et de la paresse laryngienne, qui, quoique diminués, persistent encore.

L'état général du malade était assez bon bien qu'il disait avoir perdu dans un an quinze kilos. Un examen approfondi des divers organes ne me fit constater rien d'anormal; l'estomac même qu'on avait trouvé dilaté ne semblait occuper que sa place habituelle. Comme antécédents personnels et héréditaires, rien à noter : pas de tuberculose, pas de cancer, pas de syphilis; sur ce dernier point, la dénégation du malade est absolument positive.

Je conclus devant ces diverses constatations, dans le même sens que les confrères qui avaient déjà soigné le malade, c'est-à-dire à la « diarrhée des pays chauds ». Je prescrivis un traitement symptomatique composé de bismuth à haute dose, d'élixir parégorique, trois fois par jour, de pepsine et de noix vomique au moment des repas, de cocaïne en solution, employée localement contre le ténesme. Sous l'influence de ce traitement, la diarrhée s'amende notablement et le malade peut reprendre presque la vie habituelle, rendant seulement un tribut copieux à son affection, après chaque repas, et une ou deux fois dans la nuit.

Malgré cela, l'état général s'améliore ; l'embonpoint commence à revenir ; mais aussitôt que le bismuth et l'opium sont suspendus la diarrhée devient de nouveau continuelle.

En présence de ce désespérant *statu quo* et voulant donner le maximum de chances de guérison à mon malade, je l'engage à prendre l'avis de quelques-uns de nos grands maîtres français. Ma proposition fut acceptée et trois éminents confrères consultés furent d'avis de continuer le traitement par moi prescrit, de le suspendre quelque temps et de le reprendre ensuite.

Un quatrième maître, consulté, trouva que l'estomac était tellement dilaté, qu'il fallait un traitement spécial dans une maison de santé et m'engagea à faire faire de suite l'analyse du suc gastrique. Mon malade, ne se souciant pas d'entrer dans une maison de santé, préféra se rallier aux trois opinions précitées, auxquelles j'ai cru bon d'ajouter celle de mon aimable confrère de Vichy qui s'est tant occupé des entéroptoses. Celui-ci, ne partageant pas non plus l'opinion de la dilatation, m'engagea à continuer le traitement symptomatique auquel, depuis son arrivée, j'avais soumis le malade.

Désolé de voir partir mon malade dans le même état qu'il était arrivé, j'ai cherché à plusieurs reprises à mettre une autre étiquette sur sa maladie que celle de « diarrhée des pays chauds », entité morbide mal définie encore.

Le bon état de sa poitrine et ses antécédents ne permettaient pas de penser à la tuberculose.

Son teint normal, l'absence de douleurs et des signes physiques à la palpation éloignaient l'idée de néoplasme.

L'existence possible de la syphilis m'obsédait, bien que le malade niât tout antécédent personnel ou héréditaire, et ceci d'autant plus que, au commencement de ma carrière, j'ai vu guérir une diarrhée chronique et récalcitrante pendant qu'on soignait, par des frictions mercurielles, des accidents d'encéphalopathie spécifique. En faisant des recherches dans la littérature médicale, j'ai trouvé certaines indications qui, bien

que rares étaient assez précises pour me permettre d'essayer en dernier ressort et sans me croire téméraire, le traitement spécifique, d'autant plus volontiers qu'un des enfants du malade présentait la triade d'Hutchinson et que, tout compte fait, dans l'historique du malade on relevait des troubles de la motilité oculaire, des troubles trophiques de la pupille, des troubles de la coordination, de la paralysie des cordes vocales qui, d'après le malade, avaient cédé à l'emploi de l'électricité jointe à l'usage d'un sirop dépuratif.

Ne voulant pas prendre seul la responsabilité de la décision, je soumis mon idée à l'un des confrères qui, avec moi, avait vu le malade.

Il trouva que le seule chance de salut étant dans mon hypothèse, il ne voyait pas pourquoi nous ne tenterions pas de faire l'essai du traitement spécifique pendant quelque temps.

Je soumis donc le malade aux injections hypodermiques d'hermophényl (2 centigrammes par jour d'abord et ensuite 4, 6 et 8 centigrammes).

Dix jours après, la diarrhée avait considérablement diminué; et après la 30e injection, la guérison définitive était obtenue et se manifestait par la régularité du besoin arrivant matin et soir et par la quantité des selles devenues homogènes, bien colorées et admirablement moulées.

Les bourdonnements et la paresse laryngienne qui avaient résisté au traitement local, disparurent également par le traitement spécifique.

La vision aussi fut améliorée, bien que la stase veineuse et la décoloration de la pupille ne fussent pas ostensiblement modifiées.

L'hermophényl fut suspendu et remplacé par l'iodure à la dose de 4 grammes par jour. Un mois après, le malade partait dans son pays, complètement guéri, me promettant de faire tous les trois mois pendant un an une cure de 20 jours d'hermophényl, suivi de 20 jours d'iodure.

Un an après, la guérison se maintenait.

Progrès médical et *Compte rendu du Congrès de Lisbonne.*

Observation 23.

(Observation 2 du docteur Suarez de Mendoza, de Paris [inédite].)

Syphilis cérébrale (Vertiges, accès épileptiformes), diarrhée résistant aux antidiarrhéiques. Traitement spécifique. Guérison.

M. X..., âgé de 48 ans, atteint par le microbe de Schaudinn il y a 20 ans, me fait appeler un jour parce que sa vision diminuait et parce que des vertiges, auxquels il était coutumier depuis ses premières attaques de convulsions épileptiformes survenues un an auparavant, augmentaient.

Le malade était en outre tourmenté par des céphalées très pénibles qui diminuaient parfois d'intensité mais qui ne l'abandonnaient jamais complètement.

L'examen ophtalmoscopique ne me fit rien constater d'anormal outre un fort degré d'hypermétropie dont la correction par des verres appropriés fit disparaître de la céphalée les crises aiguës laissant malgré cela au malade la pénible sensation de pesanteur qu'il comparait à la pression d'un étau.

J'engageai le malade à faire de suite un traitement mercuriel actif et il refusa nettement me disant qu'il avait soigné sa syphilis très sérieusement pendant trois ans par le mercure et qu'il ne recommencerait plus jamais parce qu'à la suite dudit traitement il avait gardé un dérangement d'entrailles très pénible qui l'obligeait à aller à la selle 5 ou 6 fois par jour, surtout après les repas.

Il ajouta que ce dérangement auquel il s'était résigné, avait résisté aux divers élixirs, pilules, poudres, qu'à plusieurs reprises ses médecins lui avaient donnés.

J'ai essayé de le dissuader de son erreur lui faisant entre-

voir la guérison possible, non seulement de ses troubles nerveux mais de la diarrhée par un traitement bien conduit.

« Soulagez-moi, docteur, si vous le pouvez, dit-il, mais ne traitez pas ma syphilis que j'ai depuis longtemps enterrée ».

Croyant faire œuvre de bien, j'acceptai la proposition et pour traiter ses phénomènes nerveux je l'ai soumis à l'action de courants électriques *d'une très faible intensité* et à des injections de *sérum anti-neurasthénique* qu'un pharmacien aimable voulut bien mettre à ma disposition avec un prospectus suggestionnant.

Le sérum, dont chaque ampoule, contenait, il va de soi, deux centigrammes de biiodure fut employé pendant 3 mois (3 séries de 20 injections suivies de 10 jours de repos).

Après la première série le malade éprouvait un mieux sensible, autant pour ses troubles nerveux que pour la diarrhée et vers la 50e injection il se trouvait complètement guéri.

Il continua cependant le traitement pendant 2 ans, car, m'étant donné la peine de faire son instruction, il devint, en constatant le mieux obtenu, un malade aussi raisonnable que reconnaissant.

Observation 24.

(Observation 3 du docteur Suarez de Mendoza, de Paris [inédite].)

Plaques muqueuses, syphilides papuleuses. — Pilules de protoiodure. Diarrhée. Augmentation de la dose de mercure. Guérison.

Madame X..., âgée de 23 ans, m'est envoyée par un confrère qui me priait de m'occuper non seulement de ses manifestations syphilitiques (plaques muqueuses, syphilides papuleuses, diarrhée) mais surtout des troubles désagréables que la malade éprouvait du côté de l'oreille (surdité, bourdonnements, vertiges légers).

Le confrère craignant que la diarrhée fût occasionnée par le mercure lui avait conseillé de suspendre les pilules de protoiodure qu'il avait ordonnées et de les reprendre quelques temps après lorsque la diarrhée aurait diminué, diarrhée pour laquelle il lui avait prescrit le traitement médical habituel.

Ne partageant pas cette façon de voir, ayant observé de nombreuses fois, à mon dispensaire et dans ma clientèle privée, la diarrhée de la période secondaire céder à l'augmentation de la dose de mercure, j'ai engagé la malade à continuer le protoiodure à la dose qu'elle prenait habituellement (une pilule tous les soirs), à suspendre les antidiarrhéiques astringents, le bismuth et le laudanum qu'elle prenait et à revenir tous les jours au dispensaire pour faire une injection de biiodure.

Mon conseil fut accepté et quinze jours après la diarrhée était complètement guérie, au bout de 5 semaines les plaques et les papules avaient complètement disparu.

Le traitement fut continué, sans aucun inconvénient, pendant 4 ans (suivant la méthode conseillée par M. Fournier), époque à laquelle la malade ayant quitté la ville je l'ai perdue de vue.

Observation 25.

(Observation 4 du docteur Suarez de Mendoza, de Paris [inédite].)

Malade niant tout accident spécifique. 7 avortements en 5 ans. Diarrhée. Traitement spécifique. Guérison de la diarrhée. Un an après, grossesse menée heureusement à terme.

Madame X..., mariée à 19 ans, trouve dans sa corbeille de mariage le spirochète de Schaudinn.

Les accidents primitifs et secondaires passent inaperçus ou au moins sont mal soignés car, de l'aveu du mari, il ne

voulut pas « pour défendre son bonheur autant que son honneur », dit-il, que sa femme consultât un médecin et fît traiter par une sage-femme « les boutons de chaleur » dont elle fut atteinte pendant sa lune de miel.

Dans les 5 premières années de mariage la malade fait 7 avortements et après le dernier elle est restée très faible, très pâle ce qui lui faisait craindre de devenir tuberculeuse.

Abondant dans son sens et lui laisant entrevoir une guérison prochaine j'institue un traitement « antianémique » par des injections hypodermiques et quelque temps après la diarrhée disparaît; le traitement est continué suivant le rite habituel et un an après une nouvelle grossesse arrive qui se termine heureusemeut par l'arrivée à terme d'un bel enfant apparemment non syphilitique.

Depuis lors la mère et l'enfant, que j'ai continué à surveiller de très près, se portent bien, probablement grâce au petit traitement « antianémique » que je leur fais suivre tous les ans par mesure de précaution.

Observation 26.

(Observation I de M. le professeur Gaucher.)

Syphilis héréditaire de deuxième génération. Appendicite.

Petite fille, opérée d'appendicite, dont le père avait contracté la syphilis après sa naissance; la syphilis remontait au grand-père maternel, dont je connaissais la jeunesse. Cet homme avait trois filles : l'aînée atteinte de strabisme convergent et de débilité intellectuelle; la seconde, en apparence saine, qui était la mère de la petite fille atteinte d'appendicite; la troisième qui présentait une dystrophie linguale, connue sous le nom de « langue fissurique » ou de « langue scrotale », affection qu'on doit également rattacher, comme je l'ai montré

ailleurs, à la syphilis héréditaire, dont elle est une manifestation quinquaire.

GAUCHER. — *L'hérédo-syphilis quaternaire du tissu réticulé* (Annales des maladies vénériennes, p. 659).

Observation 27.

(Observation II de M. le professeur GAUCHER.)

Syphilis héréditaire de deuxième génération. Appendicite.

Femme, mère de deux enfants, tous les trois opérés d'appendicite dans l'espace de trois années. Le père paraissait n'avoir jamais eu la syphilis, mais le grand-père maternel, que j'ai soigné, était également un ancien syphilitique.

Observation 28.

(Observation III de M. le professeur GAUCHER.)

Accidents syphilitiques. Appendicite.

Homme de 30 ans, que j'ai traité dans son adolescence pour une ostéite de l'omoplate, guérie par l'iodure de potassium. Cet homme a un frère idiot, sa femme a eu une fausse couche, quelques mois avant son attaque d'appendicite, dont il a été opéré. Je n'ai jamais pu interroger son père parce que je ne l'ai jamais vu seul, mais l'hérédité syphilitique ne me paraît pas douteuse.

GAUCHER. — *Annales des maladies vénériennes*, année 1907.

Observation 29.

(Observation IV de M. le professeur Gaucher.)

Syphilis héréditaires. Appendicite.

Femme de 36 ans, traitée dans notre service en mai 1906, et dont voici les antécédents.

Il y avait 11 frères et sœurs, dont 8 sont morts en bas âge. Elle eut à l'âge de 10 ans une kératite interstitielle double; elle présente encore des altérations pigmentaires de la rétine, constatées par M. Terrien; elle est très myope. Sa voûte palatine est ogivale.

Cette femme a été opérée d'appendicite, il y a 3 ans, par M. Pozzi.

Gaucher (*loc. cit.*).

Observation 30.

(Observation du docteur Van Huysen.)

Grande variété d'accidents syphilitiques. Appendicites.

M. X..., mort à 62 ans, *ataxique*, a laissé trois fils.

Premier fils. L'aîné, non marié, a aujourd'hui 45 ans. Assez bien constitué physiquement. Intelligence très médiocre. N'a jamais pu se livrer à un travail suivi. Restait quelques mois et souvent quelques jours seulement dans une place. Est devenu une sorte de courtier en prières. Se charge, moyennant une légère rétribution, d'aller prier dans les différents lieux de pèlerinage français.

Deuxième fils. Mort il y a deux ans de grippe compliquée de congestion pulmonaire, à 41 ans. Homme très intelligent; front olympien, strabisme convergent, luxation de la hanche vers 5 ou 6 ans, à la suite de grandes marches, dit-on dans sa famille. Marié, a eu six enfants.

Le premier n'a vécu que deux heures.

Le second, âgé aujourd'hui de 15 ans, très délicat, *végétations adénoïdes*, un peu de *strabisme convergent*; a eu à l'âge de 7 ans, de 9 ans et il y a 2 mois de fortes crises d'*appendicite*. Une grande amélioration étant survenue, l'opération a été ajournée.

Le troisième (petite fille) : *léger strabisme convergent, végétations aaénoïdes*, morte à 7 ans d'*appendicite*.

Le quatrième (petite fille) morte à 18 mois de méningite.

Le cinquième (petit garçon) âgé aujourd'hui de 4 ans : front olympien, *strabisme convergent*, teint olivâtre, très délicat.

Le sixième (petite fille), 2 ans, front olympien, nez écrasé à sa base, *strabisme convergent*, figure vieillotte. A eu des convulsions à deux reprises différentes.

Troisième fils. Très bien constitué, très intelligent, mort à 30 ans d'une maladie de foie. Pas marié.

Dans la famille, on affirme que, chez les ascendants du côté du mari et de la femme, il n'y a eu aucun cas d'appendicite.

Annales maladies vénériennes, 1907.

Observation 31.

(Observation personnelle I.)

Syphilis héréditaire. Pemphygus. Diarrhée. Mélæna. Traitement spécifique. Guérison.

Femme de 33 ans accouchée le.... 1912.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. Pas de maladies graves. Réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été régulières, indolores durant 5 jours.

En 1907. Avortement de 6 semaines.

En 1908. Avortement de 3 mois environ.

La femme dit, après cet accident avoir suivi un traitement

antisyphilitique. Elle aurait pris des pillules, aurait fait quelques frictions. Mais elle avoue ne pas l'avoir suivi régulièrement.

En 1910. Avortement de 5 mois environ.

La femme aurait alors suivi un traitement intensif pendant deux mois, on lui aurait fait des injections tous les huit jours. Elle n'a actuellement aucun accident syphilitique. On fait un Wassermann qui est nettement positif.

La grossesse actuelle semble avoir évolué normalement.

L'accouchement s'est effectué sans incident, légèrement avant terme, d'après la date des dernières règles.

L'enfant naît vivant, mais d'aspect chétif, poids 2.850 grammes. Il présente à l'examen un gros foie, le ventre est légèrement ballonné.

Deux jours après on constate à la plante des pieds des bulles de pemphygus, lequel se généralise rapidement.

Peu de temps après s'installe une diarrhée rebelle qui se complique rapidement de mélæna assez abondant. En même temps, l'enfant a des hématémèses.

On donne à l'enfant dans un peu de lait dix gouttes matin et soir de liqueur de Van Swieten, on lui fait des frictions dans le creux de l'aisselle avec gros comme un pois d'onguent napolitain. En même temps on donne un peu de chlorure de chaux et l'on injecte sous l'omoplate 15 centimètres cubes de sérum gélatiné.

Les accidents s'amendent rapidement, 10 jours après les hémorragies sont disparues, la diarrhée persiste encore quelque temps, puis disparaît à son tour. La courbe de poids de l'enfant devient normale.

Observation 32.

(Observation personnelle II.)

Syphilis héréditaire. Pas d'accidents. Diarrhée rebelle. Guérison. Traitements spécifique.

L'enfant X... âgé de 3 mois 1/2 est amené au Dispensaire pour une diarrhé rebelle qui, paraît-il, a résisté à tous les médicaments donnés par les médecins. Il est maigre et chétif et crie constamment.

Après avoir essayé par acquit de conscience les antidiarrhéiques habituels nous pensons à la syphilis. Une enquête attentive ne nous donne aucun renseignement. Les parents nient toute espèce d'accident et cependant le Wassermann du père est positif.

A force de chercher on finit par nous avouer que le grand-père qui vit à la campagne, avait des accidents cérébraux bizarres.

Sans attendre le résultat de notre enquête nous avons mis l'enfant au traitement mercuriel 20 gouttes par jour de liqueur de Van Swieten, frictions dans les plis de flexion avec de l'onguent napolitain.

En 12 jours la diarrhée disparaît, nous avons depuis suivi l'enfant qui évolue normalement.

CONCLUSIONS

1° En présence d'un nouveau-né atteint de *diarrhée* rebelle ou d'*hémorragies* intestinales, il faut toujours rechercher avec soin la *syphilis*.

2° Il existe *aussi bien à la période secondaire qu'à la période tertiaire* des accidents intestinaux fréquents que l'on ne peut attribuer qu'à une *entérite ulcéreuse syphilitique* et dont la soi-disant rareté n'est due le plus souvent, qu'à l'inattention des médecins ou à l'erreur commune qui consiste à l'attribuer à la médication mercurielle.

3° En présence de ces accidents, loin de cesser le traitement mercuriel, il y aura intérêt *à en augmenter l'intensité* quitte à l'abandonner si le résultat est négatif.

4° En général, devant toute diarrhée chronique rebelle à tous les moyens thérapeutiques ordinaires bien conduits, il faut penser à la syphilis et la rechercher avec soin et dans le cas où il serait impossible de la dépister essayer le traitement intensif d'épreuve (frictions ou injections hypodermiques).

5° Devant toute *appendicite* il faut penser à la syphilis et la rechercher avec soin chez le malade, chez les parents et *même chez les grands-parents*. Si cette recherche n'a pas encore d'application pratique elle peut en apportant de nouvelles observations jeter un jour tout nouveau sur cette affection.

6° Il faut pratiquer le *toucher rectal par principe* chez tout malade *syphilitique ou non* qui vient vous consulter pour un accident *quelconque* de la région ano-rectale. On pourra ainsi dépister les rétrécissements syphilitiques et les traitant dès le début avoir des chances de succès.

Vu : le Président,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Sauvage. — 1754.

Monteggia. — *Annotazioni pratiche soprai mali venerei.* Milano, 1764.

Evers (J.-C.-G). — *Diarrhoea chronica; vita disoluta; syphilis iterata; siarrhoea; mors; nulla vitia organica nisi pauca tubercula cretacea in pulmonibus per pseudo-membranas costis conjunctis. In his : Bravis conspectus morborum, etc.* (Hagoe Comitis, 1841, in-8, 45-48).

Bridge (H.). — *Chancroïdale ulceration of the colon, sigmoïd flexure and rectum, and stricture of the rectum, treated by lumbar colotomy* (Tr. N. Y. Path. Soc. [1844-1877], 1877, II, 152-156).

Cazenave. — *Diarrhée syphilitique : sublimé à petites doses* (J. de méd. et chir. prat., Paris, 1851, 2e s., XXII, 457.

Cullerier. — *De l'entérite syphilitique* (Union méd., Paris, 1854, VIII, 553-555).

Bouchut. — Gaz. des Hôp., Paris, 1855, XXVIII, 73.

Lécorché (E.). — *Lésions du foie, des reins, du rectum et des ovaires chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle* (C. R. Soc. de biol. (1856), Paris, 1857, 2e s., III, 160-163).

Frank (J.). — *In* : Traité de path. int., 1857, VI, p. 81.

Muller (E.). — *Ueber das Auftreten der constitutionnellen*

Syphilis in Darmkanale. Inaug.-Dissert., Erlengen, 1858, in-8.

Huet. — *Ueber syphilitische Affectionen des Mastdarmes*; *in* : Behrend's Siphilidol., 1858, II.

Leudet (T.-E.). — *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis* (Moniteur d. Soc. méd. et pharm., Paris, 1860, 2e s., II, 1131 et suiv.).

Wagner. — Arch. f. Heilkunde, 1863.

Lancereaux (E.). — *Sur les différentes lésions viscérales auxquelles peut donner lieu la syphilis. Etude sur les lésions susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle* (Bull. Acad. de méd., Paris, 1864, LXXIX, 380).

Klein (P.-A.). — *Zur Kasuistik der Damrsyphilis*. Inaug. Dissert. Kœnigsberg, 1867, in-8.

Ivanovski. — *Sur la syphilis intestinale*. Thèse de doct. Saint-Pétersbourg, 1871, in 8.

Oser. — *Drei Fayelle von Enteritis syphilitica* (Arch. f. Dermat. u. Syphil. Prag., 1871, III, 27-39).

Laurenzi. — *Enteroperitonite Gommosa sifilitica* (Giorn. ital. mal. ven., 1871).

Lancereaux. — *Traité historique et pratique de la syphilis*. Paris, 1873, p. 249.

Schwimmer (E.). — *Ein Fall von Enteritis syphilitica, nebst Bemerkungen über diese seltene Krankheitsform* (Arch. f. Dermat. u. Syphil. Prag., 1873, V, 247-254).

Manziale (R.). — *Richerche histologiche sulla sifilide intestinale* (Giornale internaz. d. Soc. med., Napoli, 1893, n. S. XV, 893-906).

Bjornstrom. — *Ettfall at tarmsifilis* (Upsala Lakaref. Forh., 1875, 6, XI, 72-76).

Parot. — Leçons cliniques (Progrès méd., Paris, 1878, VI, 873-874).

Warfvinge et Blix. — *Cas de syphilis intestinale* (Hygiea, Stockholm, 1878, XL, 38-41).

Mracek (F.). — *Ueber Enteritis bei Lues hereditaria* (Vrtljschr. f. Dermat., Wien, 1883, X, 209-229, 4 pl.).

Lukin (M.-A.). — *Syphilis du poumon et du côlon* (Cas). (Vratch, Saint-Pétersbourg, 1883, IV, 23-38).

Kundrat et Mrazek. — *Untersuchung über die Syphilis des Darmes* (Wien. med. Wchnschr., 1883, XXXIII, 133).

Brandis (J.). — *Ein Fall von Dickdarm-Syphilis* (Inaug. Dissert. Kiel, 1884, in-8).

Herrenschmidt. — *Rétrécissement cylindrique de l'intestin; syphilis* (Proc.-verb. Soc. de médecine de Strasbourg. [1882-3] 1884, XVIII, 23).

Norman. — Brit. M. J., 1884, 5 avril, p. 668.

Baumgarten. — Virchow's Arch., 1884, XCVII, 39.

Blackmore. — *Case of syphilitic ulceration of the intestine* (Lancet, London, 1885, II, 615).

Hayem et Tissier (P.). — *De la syphilis de l'intestin* (Rev. de méd., Paris, 1889, IX, 281-293).

Rieder (R.). — *Zur Kenntniss der specifischen Darmerkrankungen bei acquirirter Syphilis* (Jahrb. d. Hamb. Staats-Krankenanst, 1889, Leipz., 1890, I, 2 Th., 348-371, 1 pl.).

Sorrentino (F.). — *Ricerche istologiche sulla sifilide intestinale* (Rif. med., Napoli, 1890, VI, 878-880).

De Michele (P.) et **Sorrentino** (F.). — *Della sifilide intestinale* (Riforma med., Napoli, 1892, VIII, pl. 3,302-309).

Homen (E.). — *Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Stricturen in Dünndarm* (Centralbl. f. Allg. Path. u. path. Anat., Jena, 1893, IV, 97-102).

Kleinschmidt (E.). — *Ueber Darmsyphilis mit Anschluss der Mastdarme erkrankungen* (Inaug. Dissert., Göttingen, 1895, in-8).

Spillmann. — *Syphilome du gros intestin* (Soc. de méd. de Nancy. C. R. Mém., 1895-6, p. XVI).

Jacobs. — *Les troubles gastro-intestinaux de la syphilis* (Ann. Soc. de méd. d'Anvers, 1896, LVIII, 235-244).

Mathews (J.-M.). — *Syphilitic ulceration with stricture of the bowel* (Internat. Clin., Phila., 1896, 5 s. IV, 260-265).

Gaillard (L.). — *Entéropathies syphilitiques* (Presse méd., Paris 1897, 37-40).

Fraenkel (E.). — *Zur Lehre von acquirirter Magen-Darm-Syphilis* (Arch. f. path. Anat., Berlin, 1899, CLV, 507).

Fournier (A.). — *Traité de la syphilis.* Paris, 1899, 1901-1906.

Tatusescu (D.). — *Enteropatüle sifilitice* (Presa med. rom., Bucuresci, 1899-1900, VI, 4, 23, 36, 52).

Forsman (J.). — *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1900, XXVII, 359-70).

Oberndorfer (S.). — *Ueber die visceral Form der congenitalen Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen-Darm canals* (Arch. f. path. Anat. Berlin, 1900, CLIX, 179-220).

Lereboullet. — *Note sur un cas de syphilis de l'intestin* (Bull. Acad. de méd., Paris, 1900, 3e s. XLIV, 68-72. Discussion : Fournier).

Fournier (A.). — *La syphilis de l'intestin* (Bull. Acad. de méd. Paris, 1900, XLIV, 72-79; idem : J. des prat., Paris, 1900, XIV, 449-451).

Esser (J.). — *Enteritis syphilitica unter del Bilde der meioena neonotorum.* (Arch. f. Kinderheilk., Stutgart, 1901, XXXII, 177-183).

Verebely (T.). — *Syphilis intestinale acquise* (Orvesi hetil., Budapest, 1901, XIV, 295).

Berruti. — *Un caso di diarrea sifilitica terziara* (arti. med., Napoli, 1901, III, 535-536).

Sakurane et Tanaka. — *Un cas d'ulcère étendu du côlon d'origine syphilitique.* (Chiugai Iji Shinpo, Tokio, 1901, XXII, 1831-1837).

Bournoville (Pierre). — *De la typhose syphilitique* (Thèse de doct. Lille, 1901).

Fraenkel. — *Ueber tertiare Dünndarmsyphilis* (München. med. Wchnschr., 1901, XLVIII, 1262).

Weiss (A.). — *Die syphilitichen Erkrankungen des Darmes* (Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Jena, 1902, V, 557-625).

Rosenfeld (F.). — *Die syphilitische Dünndarmstenose* (Ber. klin. Wchnschr., 1902, XXXIX, 307-310).

Fibiger. — *Zur Lehre von der gastro-intestinalen Syphilis und den sogenannten syphilitischen Sarcomen* (Path. anat. Arb. Joh. Orth. z. Prof. Jubil. — Berlin, 1903, 101-118, 2 pl.).

Gross (H.). — *Die syphilitische, fibrose Darm und Magenstriktur* (München. med. Wchnschr., 1903, L, 157-161).

Greedy (F.-A.). — *Syphilis of the bowels simulating appendicitis* (Alkaloïd. clin. Chicago, 1903, X, 917-922).

Alezais. — *Lésions du côlon dans la syphilis congénitale chez le nouveau-né* (Comité médical des Bouches-du-Rhône, mai 1905).

Suarez de Mendoza. — *Etude sur la syphilis intestinale. A propos d'un cas de diarrhée chronique, rebelle à tout traitement, guéri par l'emploi de fortes doses de mercure en injections hypodermiques* (Communication faite à l'Académie de médecine de Paris, en avril 1904).

Mahot et Barthélemy, — *Rétrécissement de l'intestin chez un hérédo-syphilitique* (Gazette médicale de Nantes, 30 avril 1904).

Gaucher. — Presse médicale, 23 avril 1904, p. 257.

Cerf. — *Sur l'origine syphilitique de l'appendicite* (Arch. gén. de médecine, 24 mai 1904, 1281).

Elder. — *Acute intestinal obstruction caused by syphilitic ulceration in the ileum* (British medical journal, 7 mai 1904, p. 1068).

Swan. — *Visceral syphilis* (Saint-Louis medical and surgical journal ; juin 1904, p. 293).

Puechavy. — *Contribution à l'étude de la pathogénie du syphilome ano-rectal* (Thèse, Toulouse, 1904).

Coulon. — *Hémorragies intestinales mortelles chez un*

nourrisson syphilitique (Archives de médecine des enfants, février 1905, p. 100).

Wilson.— *Hemorrhagy of syphilitic origin in the new born* (Archives of pediatrics; janv. 1905).

Illoway. — *Syphilis in the digestive tract.*

Howe (W. E.). — *Hereditary syphilis of the anus and rectum* (Am. J. of dermatology, août, p. 318).

Gaucher. — *L'hérédo-syphilis quaternaire du tissu réticulé* (Annales des maladies vénériennes).

Bord. — *Des réactions appendiculaires au cours de la syphilis secondaire* (Société de biologie, 16 nov.).

Fouquet. — *Tréponèmes pâles dans l'appendice d'un hérédo-syphilitique.*

Schwartz. — *Le rétrécissement dit syphilitique du rectum* (Presse médicale, juin 1907).

Robinson. — *Intestinal resection for syphilitic obstruction of the tractus intestinalis* (Amer. journ. of dermat., mars, p. 108).

Kohn. — *Syph. of the stomach and intestines* (American journal of the medical sciences).

Von der Bogert. — *Case of congenital stenosis of the ileum of syphilitic origin* (Archives of Ped. New-York, août).

Levison. — *Acute abdominal manifestations of syphilis* (Lancet, Clinic-Cincinatti, 29 avril).

Bonora (J.). — *Un cas de syphilis intestinale* (Annales de dermatologie, p. 489).

Gaucher. — *La syphilis des viscères.* 1909.

Bar. — Traité d'accouchement, 1913.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
I.	Avant-propos	9
II.	Historique	13
III.	Authenticité et fréquence	21
IV.	Anatomie pathologique	35
V.	Symptomatologie et appendicite syphilitique	51
VI.	Complications	65
VII.	Diagnostic	69
VIII.	Pronostic	75
IX.	Traitement	77
X.	Observations	83
XI.	Conclusions	117
XII.	Bibliographie	119

COULOMMIERS
Imprimerie Dessaint et Cie.